

申請は必ず事業所(会社)経由で行なってください。  
被保険者から健保に直接申請することはできません。  
**マイナ保険証※として紐付けしている場合は、資格確認書は交付できません。**  
※『マイナ保険証』とは、マイナンバーカードの保険証利用のことです。

|                       |      |     |  |     |
|-----------------------|------|-----|--|-----|
| 健<br>保<br>捺<br>印<br>欄 | 常務理事 | 事務長 |  | 担当者 |
|                       |      |     |  |     |

『健康保険 資格確認書』（再）交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

|                                              |                                        |                                                                                                                                                  |                                         |                                                      |           |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報                   | 記号・番号                                  | 記号(左つめ)                                                                                                                                          | 番号(左つめ)                                 | 生年月日                                                 |           |  |  |  |  |  |
|                                              |                                        |                                                                                                                                                  | -                                       | <div>1 昭和<br/>2 平成<br/>3 令和</div> 年 月 日              |           |  |  |  |  |  |
|                                              | 氏 名                                    | フリガナ                                                                                                                                             |                                         |                                                      |           |  |  |  |  |  |
|                                              | 郵便番号                                   |                                                                                                                                                  | 電話番号                                    |                                                      |           |  |  |  |  |  |
|                                              | 住民票住所<br>(住民票と同じ表記で記入)                 |                                                                                                                                                  |                                         |                                                      |           |  |  |  |  |  |
| 対<br>象<br>者<br>欄                             | 対象者                                    | <div><input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ<br/><input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ<br/><input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分</div> |                                         |                                                      |           |  |  |  |  |  |
|                                              | 被<br>保<br>険<br>者                       | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                       | 生年月日                                    | 申請理由                                                 |           |  |  |  |  |  |
|                                              |                                        | 同上                                                                                                                                               | 同上                                      | <div><input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください</div> |           |  |  |  |  |  |
|                                              | 被<br>扶<br>養<br>者<br>①                  | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                       | 生年月日                                    | 申請理由                                                 |           |  |  |  |  |  |
|                                              |                                        |                                                                                                                                                  | <div>1 昭和<br/>2 平成<br/>3 令和</div> 年 月 日 | <div><input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください</div> |           |  |  |  |  |  |
| 理<br>由<br>欄                                  | 被<br>扶<br>養<br>者<br>②                  | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                       | 生年月日                                    | 申請理由                                                 |           |  |  |  |  |  |
|                                              |                                        |                                                                                                                                                  | <div>1 昭和<br/>2 平成<br/>3 令和</div> 年 月 日 | <div><input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください</div> |           |  |  |  |  |  |
|                                              | 被<br>扶<br>養<br>者<br>③                  | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                       | 生年月日                                    | 申請理由                                                 |           |  |  |  |  |  |
|                                              |                                        |                                                                                                                                                  | <div>1 昭和<br/>2 平成<br/>3 令和</div> 年 月 日 | <div><input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください</div> |           |  |  |  |  |  |
|                                              |                                        |                                                                                                                                                  |                                         |                                                      |           |  |  |  |  |  |
| 理<br>由<br>欄                                  | (再) 交付理由                               |                                                                                                                                                  | マイナ保険証の利用登録状況                           |                                                      | 手数料       |  |  |  |  |  |
|                                              |                                        |                                                                                                                                                  | 登 録 済                                   | 未 登 録                                                |           |  |  |  |  |  |
|                                              | 1. 資格確認書を紛失・き損したため                     |                                                                                                                                                  | 交付しない                                   | 資格喪失(削除)日<br><br>または<br>令和7年12月1日<br><br>まで 有効       | ¥ 1,000/枚 |  |  |  |  |  |
|                                              | 2. マイナンバーカードを紛失したため                    |                                                                                                                                                  | 交付日より<br>3ヶ月間 有効                        |                                                      | 不要        |  |  |  |  |  |
|                                              | 3. マイナンバーカードの更新手続き中のため                 |                                                                                                                                                  |                                         |                                                      |           |  |  |  |  |  |
|                                              | 4. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため        |                                                                                                                                                  | —                                       |                                                      |           |  |  |  |  |  |
|                                              | 5. マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため |                                                                                                                                                  |                                         |                                                      |           |  |  |  |  |  |
|                                              | 6. マイナンバーカードを作っていないため                  |                                                                                                                                                  |                                         |                                                      |           |  |  |  |  |  |
|                                              | 7. マイナンバーカードを返納したため                    |                                                                                                                                                  |                                         |                                                      |           |  |  |  |  |  |
|                                              | 8. マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため  |                                                                                                                                                  |                                         |                                                      |           |  |  |  |  |  |
| 事<br>業<br>主<br>欄                             | 上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。        |                                                                                                                                                  | 担当(確認)者氏名                               |                                                      | 健保受付印     |  |  |  |  |  |
|                                              | 事業所所在地                                 |                                                                                                                                                  |                                         |                                                      |           |  |  |  |  |  |
|                                              | 事業所名称                                  |                                                                                                                                                  |                                         |                                                      |           |  |  |  |  |  |
|                                              | 事業主氏名                                  |                                                                                                                                                  |                                         |                                                      |           |  |  |  |  |  |
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記入欄<br>(上記に事業所名称を記入してください) |                                        |                                                                                                                                                  | 担当(確認)者氏名                               |                                                      |           |  |  |  |  |  |
|                                              |                                        |                                                                                                                                                  |                                         |                                                      |           |  |  |  |  |  |
|                                              |                                        |                                                                                                                                                  |                                         |                                                      |           |  |  |  |  |  |

### 【注意事項】

1. 原則下記の理由で資格確認書を交付することはできませんのでご注意ください。

①マイナ保険証を保有しているが念のため資格確認書を持っておきたい。

※マイナ保険証とは…健康保険証利用登録が完了したマイナンバーカードがマイナ保険証です。

②. 保育園等で園児が医療機関等を受診する際に備えるため。

③. 修学旅行等の学校行事等において児童が医療機関を受診する際に備えるため。

＜①について資格確認書を交付しない理由＞

法令上、資格確認書はマイナ保険証で医療機関を受診できない方に交付するものであるため。

※医療機関の受診時にマイナ保険証の利用が困難な方(要介護の高齢者や障害をお持ちの方など)は除く

＜②、③について資格確認書を交付しない理由＞

法令上、資格確認書はマイナ保険証で医療機関を受診できない方に交付するもので、保護者に代わり保育士や学校教員等が児童を連れて医療機関等を受診する際は保育士等の管理監督下のため、なりすましが起こることは想定され難いので、例外的に下記の書類により受診が可能とされています。

- ・マイナポータルに表示させる資格情報のPDFファイルをあらかじめダウンロードしたもの又はその印刷物
  - ・資格情報のお知らせ又はその写し
- (保護者が児童を受診させる場合はマイナ保険証が必要)。

## マイナポータルで医療保険の資格情報画面を確認する方法

医療保険の資格情報画面は、スマートフォンなどを用いてマイナポータルへアクセスすることで参照することが可能です。

QRコードアクセス用



## 医療保険の資格情報画面

## 医療保険の資格情報

上の欄目のみは任意で入力してください。マイド保険証とあわせて医療保険資格の欄目に提出してください。

マイド

保存日時： 2024年2月6日 時点

|           |            |
|-----------|------------|
| 保 険 電 号   | XXXX健康保険組合 |
| 保 険 者 番 号 | 000050000  |
| 記 号       | 1          |
| 番 組 番号    | 00000      |
| 保 険 者 階 級 | 00         |
| 氏 名       | XX XX      |

70歳以上の方は後記高齢者加入の加入者

|               |  |
|---------------|--|
| 一 級 医 生 加 入 者 |  |
| 新 旧 加 入 期 限   |  |

(注) 1. 医療保険資格の取得日やその医療機関に加入している医療機関は、原則としてマイドシステムに付与された医療機関に限定し、医療機関の名称はマイドシステムに付与された医療機関の名称で入力してください。マイドシステムに付与された医療機関が医療保険の加入者の加入している医療機関に限定し、医療機関の名称はマイドシステムに付与された医療機関の名称で入力してください。

2. 以下の事由に該当する場合は、マイナンバーカードや電子証明書の失効等によりマイナ保険証を利用できない場合があるため、資格確認書の交付申請をしてください。

| 事 由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 申 請 理 由                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| ・マイナンバーカードの紛失・盗難等により、マイナンバーカードの利用を一時停止させた後で、マイナンバーカードの再発行や電子証明書の更新(マイナンバーカードが見つかった場合)を行っていない場合                                                                                                                                                                                                                                                               | 『2』<br>マイナンバーカードを紛失したため    |
| ・マイナンバーカードや電子証明書が何らかの事由により失効している場合<br><b>具体例は以下のとおり</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>・転入の届出を行った日から90日以内に転入先の市区町村でマイナンバーカードの継続利用の手続きを行っていない場合</li> <li>・転出手続後、転入先の市区町村での転入届が未提出のまま、転出予定日から30日を経過した場合</li> <li>・実際に転入をした日から14日を経過してから転入届を提出した場合</li> <li>・期間内の転入届の提出後、継続利用の手続なく別の市区町村に転出した場合</li> <li>・個人番号の変更をした上で、電子証明書の再発行を行っていない場合</li> </ul> | 『3』<br>マイナンバーカードの更新手続き中のため |
| ・マイナンバーカードの交付時(再発行時を含む。)に、電子証明書の発行を希望しない場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 『6』<br>マイナンバーカードを作っていないため  |

※マイナンバーカード・電子証明書の更新につきましては、市区町村からの案内に従い速やかに対応頂きますようお願いいたします。