

【記入例】 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

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)	1 012345678901												個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。											
	記号・番号	2 記号(左つめ) 番号(左つめ) 999 9999												生年月日											
														1 1 昭和 2 平成 3 令和 58 年 12 月 31 日											
	フリガナ	ケンボウ タロウ																							
	氏名	3 健保 太郎																							
郵便番号	1234567												電話番号				01234567890								
住所	千葉県 習志野市△△ ○-○-○ 都 道 府 県																								

対象者 ④		③		⑥	
対象者 ④		③		⑥	
被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日	同上		申請理由 ① 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者①	フリガナ 氏名 ⑤ 健保 花子	生年月日	① 1 昭和 2 平成 3 令和 60 年 03 月 10 日		申請理由 ② 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください

- 1 : マイナンバーカードを紛失したため
- 2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため
- 3 : 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
- 4 : 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
- 5 : マイナンバーカードを作っていないため
- 6 : マイナンバーカードを返納したため
- 7 : 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
- 8 : 資格確認書を滅失・き損したため

事業主欄	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。		受付日付印
	事業所所在地	千葉県習志野市菫浜〇-〇-〇	
	事業所名称	千葉県トラック運送㈱	
	事業主氏名	〇〇 〇〇	
	電話番号	123-456-7890	
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄			

【記入のポイント】

間違えた場合は、二重線で訂正し
余白に正しいものを記入して下さい。
※修正ペン・修正テープ使用不可

＜被保険者情報欄＞

- ①個人番号（マイナンバー）をご記入ください。
②被保険者証または資格情報のお知らせに記載されている記号番号をご記入ください。

※①または②のいずれかをご記入ください。

③被保険者の氏名とフリガナをご記入ください。

＜対象者欄＞

- ④ 交付が必要な方を1～3から選択のうえ、あてはまる数字をご記入ください。
- ⑤ 交付が必要な方が被扶養者の場合は、氏名と生年月日をご記入ください。
- ⑥ 資格確認書は、理由欄に記載のされているものに該当し、マイナ保険証を利用できない状況である場合のみ発行できます。理由欄から該当する番号をご記入ください。

＜事業主欄＞

- ⑦事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の方の
交付を申請する場合は、事業主欄の記入、証明が必要です。
事業主を経由してご申請ください。

※状況に応じて追加の書類を依頼、または健保より確認の連絡をする場合がございますので、あらかじめご了承ください。