

健康保険 資格確認書 交付・再交付 申請書

従来の「保険証」もしくは「マイナ保険証」を保有されている方は「資格確認書」の発行申請はできません。

・要配慮者の方には発行可能です。

・従来の保険証はおもて面の記載(記号番号、氏名)に変更がなければ
2025年12月1日まで継続利用可能です。

令和 ×年 ×月 ××日

被保険者情報	健康保険 記号・番号	記号(右づめ) 1 2 3	番号(右づめ) 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 昭和 平成 × 年 × 月 × × 日	
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎			
	勤務先	NEC OOOO		電話番号 (連絡がつく番号) 00-0000-0000	
	郵便番号	〒150-0031	被保険者 現住所	東京都△△区○○町××	
	いずれか、該当の <input type="checkbox"/> にチェックをしてください				
<input checked="" type="checkbox"/> 現在の健康保険 記号番号で発行 <input type="checkbox"/> 理由 ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 保険証紛失 <input type="checkbox"/> 保険証印字かすれ・毀損 ・印字かすれ・毀損の保険証 (現物)を添付してください					
<input type="checkbox"/> 移籍後の健康保険 記号番号で発行 (移籍日:) <input type="checkbox"/> 任意継続加入後の健康保険 記号番号で発行					

交付(再交付)が必要な方、全員を以下に記入してください。(記入欄が足りない場合は別紙で申請ください)			
対象者欄	フリガナ ケンポ タロウ 氏名 健保 太郎	生年月日 昭和 平成 令和 × 年 × 月 × × 日	申請理由 2 下記、理由欄より選択、必ず番号を記入してください
	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より選択、必ず番号を記入してください
	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	申請理由 下記、理由欄より選択、必ず番号を記入してください

理由欄	1 : マイナンバーカードを紛失したため	有効期限 2か月
	2 : マイナンバーカードの新規発行(更新)手続き中のため	有効期限 2か月
	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	有効期限 2か月
	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	有効期限 5年
	5 : マイナンバーカードを作っていないため	有効期限 5年
	6 : マイナンバーカードを返納したため	有効期限 5年
	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	有効期限 5年
	8 : 資格確認書を滅失・き損したため	有効期限 5年
※ 有効期限 : いずれも期限内に当組合の資格を喪失した場合は喪失日(前日)までが有効となります。 任意継続加入の方の有効期限は最長2年です。		

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。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名

受付年月日

組合 処理	常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当	入力日