# 健康保険　資格確認書（再）交付申請書

**マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行により2024年12月2日より健康保険証の交付は行っておりません。**
**資格確認書の交付を希望する場合はご使用ください。**マイナ保険証利用登録済みの方は原則提出不要です。

## 被保険者情報

| | | |
|---|---|---|
| 個人番号（マイナンバー） | [redacted] | 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 | 記号（左つめ）　番号（左つめ） | 生年月日　1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日 |
| 氏名 | フリガナ | |
| 郵便番号 | | 電話番号 |
| 住所 | 都　道<br>府　県 | |

## 対象者欄

| | | | |
|---|---|---|---|
| 対象者 | 1 被保険者（本人）分のみ<br>2 被扶養者（家族）分のみ<br>3 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分 | | |
| 被保険者 | フリガナ<br>氏名<br>同上 | 生年月日<br>同上 | 申請理由<br>下記、理由欄より必ず選択ください |
| 被扶養者① | フリガナ<br>氏名 | 生年月日<br>1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日 | 申請理由<br>下記、理由欄より必ず選択ください |
| 被扶養者② | フリガナ<br>氏名 | 生年月日<br>1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日 | 申請理由<br>下記、理由欄より必ず選択ください |
| 被扶養者③ | フリガナ<br>氏名 | 生年月日<br>1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日 | 申請理由<br>下記、理由欄より必ず選択ください |

## 理由欄

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 （再発行手数料￥300）

## 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

電話番号

受付日付印

| | |
|---|---|
| 社会保険労務士の提出代行者名記入欄 | |