

## 健康保険資格確認書（再）交付申請書

申請理由を確認の上、申請をしてください。

記入日	令和 年 月 日		
記号番号	—	事業所名	
被保険者氏名	印		
交付対象者氏名		続柄 被保険者・被扶養者 続柄( )	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
申請理由	下記の申請理由欄に☑チェックをしてください。 <b>【交付申請】(無料)</b> <input type="checkbox"/> 1 マイナンバーカードを紛失したため <input type="checkbox"/> 2 マイナンバーカードの更新手続き中の為 <input type="checkbox"/> 3 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 <input type="checkbox"/> 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、継続利用の意思が無いため (電子証明書の有効期限切れ後3ヵ月間はマイナ保険証として引き続き利用が可能です。3ヵ月経過後にマイナ保険証の利用登録がされていない場合は、職権にて「資格確認書」を発行します。) <input type="checkbox"/> 5 前加入の健康保険組合でマイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請を行ったが、解除処理が完了していないため		
	<b>【(再)交付申請】(有料)</b> <input type="checkbox"/> 6 健康保険証又は健康保険資格確認書を紛失したため		
	<b>【(再)交付申請】(無料)</b> <input type="checkbox"/> 7 健康保険証又は健康保険資格確認書をき損したため (き損した「健康保険証」、「健康保険資格確認書」を添付してください。)		

※有効な「健康保険証」又は「資格確認書」を持っていない場合に限り、「資格確認書」を交付します。  
(申請理由3は除く)

上記の通り、資格確認書の交付(再交付)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	
事業主名	印
電話番号	( )

受付日付印

健保決裁印				
常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者