

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

(申請日) 2024 年 12 月 20 日

被 保 険 者 欄	記号・番号	記号 (左づめ) 9 9 番号 (左づめ) 1 0 0 0	* 記号・番号はマイナポータルで もご確認いただけます。	生年月日	1 1 2 平成 3 令和	5 9	年	1 2	月	0 1	日
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎									

対 象 者 欄	対象者	2 1 被保険者 (本人) 分のみ 2 被扶養者 (家族) 分のみ 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 氏名	同上			生年月日	同上			申請理由	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	健保 花子			生年月日	1 1 2 平成 3 令和	5 9	年	1 1	月	0 1	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														

理 由 欄	1 :											
	2 :											
	3 :											
	4 :											
	5 :											
	6 :	【留意事項】 ■ 2024年12月2日時点で有効な保険証をお持ちの方は、 そのまま1年間ご利用いただけますので、この申請書は提出不要です。 ■ 「マイナ保険証」をお持ちでない方には、2025年秋頃に健康保険組合 から「資格確認書」を一斉交付しますので、申請書は提出不要です。 ■ 紛失等で保険証をお持ちでない方で「マイナ保険証」も所持されていな い場合、こちらの申請書をご提出ください。										
	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										

個人番号 (マイナンバー)												* 記号・番号が不明の場合のみ、 「被保険者」の個人番号を記載ください。
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

事 業 主 欄	事業所所在地	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
	事業所名称	所属事業所の健保担当部署で 記入										
	事業主氏名											
	電話番号											

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄		常務理事	事務長	担当者
-----------------------	--	------	-----	-----

- 【提出先】
- ・ 所属事業所の健保担当部署へ提出ください。
 - ・ 任意継続被保険者は直接健保組合まで提出ください。

--	--	--