

## 健康保険 資格確認書（再）交付申請書

【提出先】 被保険者の勤務先  
任意継続被保険者は健康保険組合

| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|------|-----|-----|
| 記入例  |     |     |

交付対象確認フローチャート



|     |      |   |    |   |    |   |
|-----|------|---|----|---|----|---|
| 申請日 | 2024 | 年 | 12 | 月 | 20 | 日 |
|-----|------|---|----|---|----|---|

被保険者情報

|                  |                                    |      |    |      |          |                                                                       |      |   |    |   |   |   |
|------------------|------------------------------------|------|----|------|----------|-----------------------------------------------------------------------|------|---|----|---|---|---|
| 被保険者等            | 記号                                 | 1234 | 番号 | 5678 | 事業所・所属部署 | 〇〇株式会社〇〇営業所                                                           |      |   |    |   |   |   |
| 氏名               | 健保 太郎                              |      |    |      | 生年月日     | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 | 60   | 年 | 12 | 月 | 1 | 日 |
| 住所               | (〒 111 - 1111 )<br>〇〇県〇〇市〇〇町2-15-6 |      |    |      |          |                                                                       |      |   |    |   |   |   |
| 電話番号<br>(日中の連絡先) | 012                                |      | (  | 234  |          | )                                                                     | 5678 |   |    |   |   |   |

\* 申請理由は、下記理由欄より選択し、必ず記入してください。

|      |      |    |      |      |                                                                                                                   |      |   |
|------|------|----|------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|
| 対象者欄 | 対象者① | 氏名 | 健保 康 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 6 年 12 月 5 日<br><input checked="" type="checkbox"/> 令和 | 申請理由 | 5 |
|      | 対象者② | 氏名 |      | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 令和                   | 申請理由 |   |
|      | 対象者③ | 氏名 |      | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 令和                   | 申請理由 |   |
|      | 対象者④ | 氏名 |      | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 令和                   | 申請理由 |   |
|      | 対象者⑤ | 氏名 |      | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 令和                   | 申請理由 |   |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 理由欄 | 1 : マイナンバーカードを紛失したため<br>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため<br>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<br>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<br>5 : マイナンバーカードを作っていないため<br>6 : マイナンバーカードを返納したため<br>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<br>8 : 資格確認書を滅失・き損したため ⇒ 再交付手数料として1名につき1,000円徴収 |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

\* 任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です

|      |                                                                       |                |     |                  |  |  |
|------|-----------------------------------------------------------------------|----------------|-----|------------------|--|--|
| 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いたします。<br>(〒 111 - 1111 ) 2024 年 12 月 24 日 |                |     |                  |  |  |
|      | 事業所所在地                                                                | 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 |     |                  |  |  |
|      | 事業所名称                                                                 | 〇〇株式会社         |     |                  |  |  |
|      | 事業主氏名                                                                 | 代表取締役社長 〇〇 〇〇  | TEL | 012 ( 345 ) 6789 |  |  |

## 被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

記号番号ではなくマイナンバーでの申請をご希望の方は余白に記入してください。  
マイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し(両面)」または「個人番号通知カードまたは個人番号が  
付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証またはパスポート等)の写し」の添付が必要となります。