常務理事	事務局長	事務局次長	部　長	次　長	課　長	課長補佐	係　長	係

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	令和　　年　　月　　日

被保険者情報

被保険者等 記号・番号	記号	番号	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			

対象者欄

対象者	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

	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	マイナンバーカード保有	マイナ保険証利用登録
被保険者	同上	同上	下記、理由欄より必ず選択してください	無 □　有 □	未 □　済 □
被扶養者①		1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	下記、理由欄より必ず選択してください	無 □　有 □	未 □　済 □
被扶養者②		1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	下記、理由欄より必ず選択してください	無 □　有 □	未 □　済 □
被扶養者③		1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	下記、理由欄より必ず選択してください	無 □　有 □	未 □　済 □

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

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	

出版健康保険組合

令和６年１２月１６日改定

健康保険　　資格確認書　（再）交付申請書

＜交付対象者＞

・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者

・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者

・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

・マイナ保険証での受診が困難で、介助者などの第三者が同行して資格確認を補助する必要がある者

※マイナ保険証による受診が困難である等の特段の事情もなく、念のため資格確認書を持っておきたいという申請理由で交付することはできません。

＜記入方法＞

被保険者情報欄　：【申請日】

この届書を申請する年月日をご記入ください。

【被保険者等記号・番号】

被保険者等記号・番号をご記入ください。被保険者等記号・番号は、「資格情報のお知らせ」、「マイナポータル」をご確認いただくか、または事業所の健康保険事務担当者にご確認ください。

対象者欄　　：【対象者】

1.本人分のみ、2,家族分のみ、3,本人および家族分、のいずれかを選択してください。

【被保険者、被扶養者①～③】

「資格確認書」の交付対象者について、氏名、生年月日、申請理由（理由欄から選択）、マイナンバーカード保有の有無、マイナ保険証利用登録状況をご記入、または選択してください。

＜申請方法＞

・事業所を経由して、ご提出ください。

＜お知らせ＞

・「資格確認書」の有効期限内にご本人が資格喪失、またはご家族が扶養削除になった場合は、事業所を経由して返却してください。

・資格の有無に関わらず、「資格確認書」の有効期限が切れた場合は返却不要ですので、ご自身で破棄してください。

＜注意事項＞

・印刷後、文字の見切れ等がないかご確認ください。