

健康保険 資格確認書（再）交付申請書

常務理事 事務長 課長 係長 係員

発行要件に当てはまらない場合は、資格確認書は発行されません

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号(左づめ) 番号(左づめ)	記号・番号または個人番号のいずれかを記載ください。				
	個人番号 (マイナンバー)		生年月日 <input type="text"/> 5 昭和 <input type="text"/> 7 平成 <input type="text"/> 9 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日				
	氏名	フリガナ					
	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>			
	住所	都 道 府 県					

対 象 者 欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 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	生年月日		申請理由	
		同上	同上		<input type="checkbox"/> 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	生年月日		申請理由	
		同上			<input type="checkbox"/> 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	生年月日		申請理由		
	同上			<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください		
被 扶 養 者 ③	フリガナ 氏名	生年月日		申請理由		
	同上			<input type="checkbox"/> 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を返納したため 4 : 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 5 : 資格確認書を滅失・き損したため 6 : その他 ()			【マイナンバーカードの電子証明書について】 マイナンバーカードの電子証明書は、有効期限満了日が属する月の末日から3か月間は、引き続きマイナ保険証をご利用いただけますが、お早めに更新の手続きをお願いします。 (有効期限が切れた場合、医療機関では、資格確認のみご利用いただけます)		

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します。			受付日付印		
	事業所所在地					
	事業所名称					
	事業主名					
電話番号						

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

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

(令和7年12月)