記入例

健康保険　資格確認書（再）交付申請書

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱　者

◆申請理由が3～6の場合、当面の間は職権にて資格確認書を交付するため申請は不要となります。
◆交付申請書を提出されても、有効な健康保険証をお持ちの方には資格確認書を発行いたしません。
※発行済の保険証は経過措置として2025年12月1日まで使用できます。

① 記入日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。 個人番号を記入したときは手渡しや簡易書留等の追跡可能な移送手段にて送付願います。
個人番号12桁（マイナンバー）	△△△△ △△△△ △△△△	↓被保険者氏名は手書きでお願いします。

② 被保険者情報

記号	番　号	被保険者名	生年月日
1	12345	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ タロウ 健保 太郎	1 昭和 2 平成 # 年 1 月 1 日 3 令和
被保険者住所			電話番号
〒 ○○○ － ○○○○ ○○県○○市△△町□□番地			△△△－△△△－△△△△

③ 対象者欄

対象者	1：被保険者（本人）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			
	氏　名	続柄	生年月日	申請理由
被保険者	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ タロウ 健保 太郎	本人	1 昭和 2 平成 50 年 1 月 1 日 3 令和	1　下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者①	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ トモコ 健保 友子	妻	1 昭和 2 平成 52 年 12 月 10 日 3 令和	2　下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者②	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		1 昭和 2 平成 年 月 日 3 令和	下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者③	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		1 昭和 2 平成 年 月 日 3 令和	下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者④	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		1 昭和 2 平成 年 月 日 3 令和	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
8 ： 資格確認書を滅失・き損したため

事業主欄

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

受付日

T0130（R0612）

«記入要領»

①記入日
記入した日を記入してください。

②被保険者欄
被保険者等の情報を記入してください。
個人番号または記号・番号のいずれかを記載してください。
個人番号を記入したときは、特定個人情報(マイナンバー)保護の観点から、手渡しや簡易書留等の追跡可能な移送手段にて送付願います。

③対象者氏名
交付対象者の氏名、続柄、生年月日を記入してください。
申請理由は理由欄より必ず選択してください。