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。下記理由以外での申請はできません。

年 月 日

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	個人番号または記号・番号のいずれかをご記入ください
	記号・番号	記号	番号	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	氏名	フリガナ	自署してください	電話番号	※日中に連絡がとれる番号を記入してください
	住所	〒	都 道 府 県		

対象者欄	フリガナ 氏名	申請理由	生年月日
		☐ 下記、理由欄より 番号を記入	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	フリガナ 氏名	申請理由	生年月日
		☐ 下記、理由欄より 番号を記入	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
フリガナ 氏名	申請理由	生年月日	
	☐ 下記、理由欄より 番号を記入	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	
フリガナ 氏名	申請理由	生年月日	
	☐ 下記、理由欄より 番号を記入	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	

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 : オンライン資格確認を導入していない医療機関を受診するため(医療機関名: _____)
	9 : 以前、加入していた医療保険者に対して、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請を申し出たため
	10 : 資格確認書を滅失・き損したため (☐ 滅失 / ☐ き損) *再交付手数料が必要です。 *資格確認書を滅失し再交付を申請する場合、以下の誓約書をご記入ください。
	【誓約書】 万一、当該資格確認書が不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健康保険組合が被った場合、その一切の責任を負うことを誓約いたします。
	被保険者(本人自署) _____

再交付申請枚数	枚	再交付費用 (3,000円×枚数)	円
---------	---	-------------------	---

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

健保記入欄			
超短	短	長	
有効期限:	年	月	日
回収日:	年	月	日

常務理事	事務長	担当

(2025.2)