

※(再)交付を希望する方の、本人確認書類(住民票、運転免許証、パスポート、などの写し)を添付願います。

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

被保険者(申請者)記入用

※資格確認書とはマイナ保険証を持たない人でも保険診療が受けられる証明書類です 記入日 令和 年 月 日

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> 平成		
	氏名 (フリガナ)				
住所	(〒 -)					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				

交付が必要な方	氏名	生年月日	年	月	日	続柄	交付の理由
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>				<input type="checkbox"/> 下記の理由欄より必ずご選択ください
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>				<input type="checkbox"/> 下記の理由欄より必ずご選択ください
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>				<input type="checkbox"/> 下記の理由欄より必ずご選択ください
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>				<input type="checkbox"/> 下記の理由欄より必ずご選択ください

理由欄	No	申請理由	有効期限
	1	マイナンバーカードを紛失したため	約2カ月
	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、健康保険利用登録を行っていないため	2029年11月30日
	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 ※き損の場合、ご返却ください	前回の有効期限

◆上記の通り(再)交付願います。

今後は資格確認書の取り扱いに十分注意し、滅失した保険証や資格確認書を発見した場合は健保へ返却いたします。

また、医療費等において不正使用が発覚した場合は、健保へすみやかに連絡いたします。

【注意事項】

- 申請理由により、有効期限が異なります。
(上記期間は最長です。任意継続満了日や75歳到達による後期高齢者制度移行、高齢受給者の負担割合変更など、法的有効期限が先行する場合はその期限が優先されます)
- 有効な保険証(マイナ保険証含む)をお持ちの方は、ご申請いただけません。
- 有効期限内に資格がなくなった場合等は返却が必要です。

パナソニック健康保険組合

健保承認印

健保受付印