

(正) 健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

資格確認書とはマイナ保険証によるオンライン資格確認を受けることができない状況にある人が保険診療を受けられるように保険証の代わりとなる証明書類です。資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください。

【注意事項】

- 申請理由により、有効期限が異なります。
- 家族のみ申請が必要な場合は、被保険者の申請欄は、空白で問題ございません。
- 有効な保険証をお持ちの方は、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。

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ) <input type="text"/> <input type="text"/> 番号(左つめ) <input type="text"/>	生年月日	1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2 平成 3 令和
	氏名	フリガナ (自署)		

申請対象者欄	被保険者	生年月日	申請理由
	フリガナ 氏名 同上	同上	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	フリガナ 氏名	1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2 平成 3 令和	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	フリガナ 氏名	1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2 平成 3 令和	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
フリガナ 氏名	1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2 平成 3 令和	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	

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、健康保険証利用登録を行っていないため	令和11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	

提出年月日 令和 年 月 日 提出

事業主証明欄	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
	事業所コード()
	本件問い合わせ連絡先(本件問い合わせに必要ですので、必ずご記入ください)
	部署・担当者氏名
電話連絡先	

健保承認印	健保受付印

(副) 健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

資格確認書とはマイナ保険証によるオンライン資格確認を受けることができない状況にある人が保険診療を受けられるように保険証の代わりとなる証明書類です。資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください。

【注意事項】

- 申請理由により、有効期限が異なります。
- 家族のみ申請が必要な場合は、被保険者の申請欄は、空白で問題ございません。
- 有効な保険証をお持ちの方は、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。

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ) <input type="text"/> <input type="text"/> 番号(左つめ) <input type="text"/>	生年月日	1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	氏名	フリガナ (自署)		

申請対象者欄	被保険者	生年月日	申請理由
	フリガナ 氏名 同上	同上	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	フリガナ 氏名	1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	フリガナ 氏名	1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
フリガナ 氏名	1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください	

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、健康保険証利用登録を行っていないため	令和11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	

提出年月日 令和 年 月 日 提出

事業主証明欄	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
	事業所コード()
	本件問い合わせ連絡先(本件問い合わせに必要ですので、必ずご記入ください)
	部署・担当者氏名
電話連絡先	

健保承認印	健保受付印
<input type="text"/>	<input type="text"/>