

記入例

(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" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	番号(左つめ) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/>	生年月日	<input type="text" value="1"/> 1 昭和 2 平成 3 令和	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="2"/>	年	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/>	月	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	日
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎									

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

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	令和11年11月30日
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	前回の有効期限
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	

提出年月日 令和6年12月2日 提出

事業主証明欄	事業所記入欄
	被保険者は記入しないでください

健保承認印	健保受付印

記入例

(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" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	番号(左つめ) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/>	生年月日	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="2"/> 年 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> 月 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> 日
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎			

申請対象者欄	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 <input type="text" value="1"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ ケンポ ジロウ 氏名 健保 次郎	生年月日 <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> 年 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 月 <input type="text" value="1"/> 日	申請理由 <input type="text" value="2"/> 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 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日	申請理由 <input type="text" value=""/> 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 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日	申請理由 <input type="text" value=""/> 下記、理由欄より必ず選択ください

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	令和11年11月30日
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	前回の有効期限
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	

提出年月日 令和6年12月2日 提出

事業主証明欄	事業所記入欄
	被保険者は記入しないでください

健保承認印	健保受付印