

# 健康保険 資格確認書（再）交付申請書

交付用

## ご注意

以下のいずれかに該当する場合のみ、本申請書をお使いください

交付済の健康保険証／資格確認書やマイナンバーカードを紛失・き損し、マイナ保険証が利用できない場合(※1)

入社に伴う加入(※2)や再雇用(※3)・氏名変更(※4)などの「資格情報の変更」に伴い、  
マイナ保険証が利用できない等の理由で該当の手続きとあわせて資格確認書の交付を希望する場合

※1 交付済の健康保険証を紛失した場合は本紙とあわせて「資格確認書・滅失理由書」を添付して提出ください。

※2 入社と同時に資格確認書の交付を希望する場合、原則本紙は不要です。

※3 氏名変更に伴う申請の場合は、「変更後の氏名」で本紙を記載し、変更届に添付してください。

※4 マイナンバーカードの「健康保険証利用登録」解除申請に伴い資格確認書の交付を希望する場合、  
本申請書のご提出は不要です。(代わりに解除申請書の提出が必要。解除申請者には全員、資格確認書を交付)

被 保 険 者 (本人) 情 報	記号・番号	記号(左づめ) 番号(左づめ) <input type="text"/> - <input type="text"/>	※本人と家族の 記号・番号は同じです	生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	被保険者(従業員) 氏名	フリガナ			
	店名				
	郵便番号	<input type="text"/> - <input type="text"/>	電話番号(左づめ) ※日中連絡先	<input type="text"/>	
	住所	都道 府県			

交付 を 希 望 す る 対 象 者	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ 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	生年月日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 保 険 者 氏 名 フリガナ 同上		生年月日 同上	
	被 扶 養 者 ① 氏 名 フリガナ 同上		生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ② 氏 名 フリガナ 同上		生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ③ 氏 名 フリガナ 同上		生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください

## <理由欄(該当する番号を「申請理由」欄に記載ください)>

- 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 : 保険証・資格確認書を滅失・き損したため

事業 主 証 明 欄	年　月　日		健保受付印
	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。		

2024.11.1作成

## ※再交付時の注意事項

再交付には、交付手数料として資格確認書1枚につき1,000円を事前に被保険者名で振込入金し、振込控えを添付して申請をお願いします。

振込口座 ゆうちょ銀行(店番)838 普通預金(口座番号) 1841341

振込先 日本ハウスホールディングス健康保険組合