

※マイナ保険証による受診が可能な方には交付されません。

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

被保険者	健康保険の記号	9999	番号	9999	事業所	〇〇株式会社
	フリガナ	カネカ ケンボ			所属	〇〇工場〇〇部〇〇グループ〇〇チーム
	氏名	鐘化 健保				
	住所	〒 999-9999 〇〇県●●市〇〇町9-8-7 〇〇マンション203号室				
被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)					備考欄	

- ①健康保険の記号、番号：健康保険の記号番号を記入
※不明の場合はカネカ健保までお問合せください
- ②事業所欄：被保険者のお勤め先会社名を記入
- ③氏名・フリガナ：住民票、在留カードに登録されている氏名を記入
- ④所属：勤務地、勤務先所属を記入
- ⑤住所：郵送物が届く住所を記入

対象者	交付を希望するもの(番号に○をつける)	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				
	被保険者	氏名	同上	生年月日	昭和 平成 59年 1月 21日 令和	申請理由 1 下記の理由欄より選択し、番号を記入 ※8を選択の場合は、下記に詳細を記載してください。
	被扶養者①	フリガナ	カネカ ホケン	生年月日	昭和 平成 39年 7月 10日 令和	申請理由 3 下記の理由欄より選択し、番号を記入 ※8を選択の場合は、下記に詳細を記載してください。
	被扶養者②	フリガナ		氏名		申請理由 下記の理由欄より選択し、番号を記入 ※8を選択の場合は、下記に詳細を記載してください。
	被扶養者③	フリガナ		氏名		申請理由 下記の理由欄より選択し、番号を記入 ※8を選択の場合は、下記に詳細を記載してください。

⑥(資格確認書の)交付を希望するもの：再交付が必要な方の該当する番号に「○」をつける

⑦生年月日：発行対象者の生年月日を記入
※対象者が家族分の場合、被保険者欄は空欄で提出してください

⑧続柄：再交付対象者と被保険者の続柄を記入

⑨申請理由：交付が必要となった理由を「理由欄」から選択し、番号を記入する
※「8その他」を選択する場合は具体的な理由を理由欄に必ず記載してください。

△マイナ保険証による受診が可能な方には交付できません。
例：マイナ保険証の利用登録をされている場合で「念のため」のみの理由では発行できません。

⑩提出年月日：申請書を提出する日を記入してください

理由	1 マイナンバーカードを申請中のため(出生・紛失など)	…『1』を選択
	2 マイナンバーカードまたは電子証明書の更新や電子証明書の更新手続き中のため	…『2』を選択
	3 マイナンバーカードの保険証利用登録を行って一時的にマイナンバーカードがお手元に無い状態の場合	…『3』を選択
	4 マイナンバーカードを持っていない場合	…『4』を選択
	5 マイナンバーカードを返納したため	…『5』を選択
	6 マイナ保険証による受診が困難な場合	…『6』を選択
	7 資格確認書を滅失・き損した場合	…『7』を選択
	8 その他(以下に詳細を記入してください)	

令和 7 年 12 月 16 日提出

事業主欄	所在地	
	事業所名	
	事業主名	

当該届の次の事項について確認しました。

- ・個人番号を含め上記の記載内容に誤りがないこと。
- ・申請者(被保険者)本人が作成した、または記載内容について誤りがないか申請者本人が確認したこと。

社会保険労務士の提出代行者名記入欄