※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。

常務理事	事務長	係	係

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	番号	事業所
	フリガナ			
	氏名	所属		
	住所	(電話)		
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

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)のみ 2 被扶養者(家族)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 令和	年 月 日	申請理由
		フリガナ		続柄	本人		☐ 下記の理由欄より選択し、番号を記入 <small>※8を選択の場合は、下記に詳細を記載してください。</small>
	被扶養者①	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	申請理由
		フリガナ		続柄			☐ 下記の理由欄より選択し、番号を記入 <small>※8を選択の場合は、下記に詳細を記載してください。</small>
	被扶養者②	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	申請理由
		フリガナ		続柄			☐ 下記の理由欄より選択し、番号を記入 <small>※8を選択の場合は、下記に詳細を記載してください。</small>
	被扶養者③	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	申請理由
		フリガナ		続柄			☐ 下記の理由欄より選択し、番号を記入 <small>※8を選択の場合は、下記に詳細を記載してください。</small>

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) 2 マイナンバーカードまたは電子証明書の更新手続き中のため 3 マイナンバーカードの保険証利用登録を行っておらず、今後行う予定はないため 4 マイナンバーカードを持っていない(作っていない)ため 5 マイナンバーカードを返納したため 6 マイナ保険証による受診が困難で、受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため 7 資格確認書を滅失・き損したため 8 その他(以下に詳細を記入してください) _____ _____
----	---

令和 年 月 日提出

事業主欄	所在地	☐ <p>当該届の次の事項について確認しました。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。
	事業所名	
	事業主名	

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--

健康保険組合記入欄	処理日	令和 年 月 日	発行日	令和 年 月 日	発行期限	長・短 カネカ健康保険組合 202412
-----------	-----	----------	-----	----------	------	-------------------------