

健康保険 資格確認書 交付理由書

被保険者	健康保険の	記号		番号		事業所	
	フリガナ	【被保険者】欄					
	氏 名	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					
	住 所	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					
	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、備考欄へ記入してください。 (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が必要です。)						
資格確認書の 交付対象者	フリガナ	【資格確認書の交付対象者】					
	氏 名	⑥氏名・フリガナ：資格確認書の交付を希望するものの住民票、在留カードに登録されている氏名を記入					
※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。							
理由 (該当する番号に○)	1	マイナンバーカードを申請中のため	⑦生年月日：資格確認書の交付を希望するものの生年月日を記入				
	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	⑧続柄：資格確認書の交付を希望する者と被保険者との続柄を記入 ※資格確認書の交付対象者が被保険者の場合は「本人」と記入してください				
	3	マイナンバーカードの保険証が有効期限切れのため	△ 氏名について、システム上利用できない漢字があります。該当する場合はご連絡させていただきます。				
	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）のサポートが必要のため					
	7	その他（以下に詳細を記入してください）	⑨資格確認書の交付が必要な理由で該当する番号に「○」をつける ※該当する番号が無い場合は、7に○をつけた上で具体的な理由を記載してください。 ※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。				
令和 年 月 日提出							
⑩提出年月日を記入							