健康保険　資格確認書（再）交付申請書

記入例【限度額区分】

被保険者情報

個人番号（マイナンバー）		←個人番号（マイナンバー）は入力しないでください	
記号・番号	記号 28XX　番号 XXXX	生年月日	昭和（○）・平成　XX年 XX月 XX日
被保険者氏名	フリガナ ケンポ イチロウ 健保　一郎		
郵便番号	XXX－XXXX	電話番号	XXX-XXXX-XXXX
住所	東京都青梅市東青梅X丁目XXX番地XX号		

対象者欄

対象者	フリガナ ケンポ ハナコ 氏名 健保　花子	生年月日 昭和（○）・平成・令和　XX年 XX月 XX日	続柄 妻

申請理由　以下から該当の申請理由1つに○をつけてください

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（マイナ保険証）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 ： 資格確認書を滅失・き損したため
9 ： 限度額適用認定証　の情報が必要かつマイナ保険証がないため
10 ： 限度額適用・標準負担額減額認定証　の情報が必要かつマイナ保険証がないため
※住民税の（非）課税証明書の原本　または
「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「生活保護却下通知」か「生活保護廃止決定通知書」を添付
※有効期限は申請月の初日から初めて到来する7月末まで
11 ： 特定疾病療養受療証　の情報が必要かつマイナ保険証がないため
※特定疾病の認定を受けたことがわかる書面を添付
12 ： 高齢受給者証　の情報が必要かつマイナ保険証がないため
13 ： その他（具体的に記入）
（　　）

事業主欄

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。

事業所所在地	東京都XX区XX　XX丁目XX番地XX号
事業所名称	XXXX株式会社
事業主氏名	代表取締役社長　XX　XX
電話番号	XXXX－XX－XXXX

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

日本ケミコン健康保険組合　2025.11