

健康保険 資格確認書 交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。	
	記号・番号	記号(左つめ) <input type="text"/>	番号(左つめ) <input type="text"/>	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	氏名	フリガナ -----				
	郵便番号	<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>		
	住所	都 道 府 県				

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分			
	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 下記理由欄より 必ず選択ください	限度額区分有無 有 無
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 下記理由欄より 必ず選択ください	限度額区分有無 有 無
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 下記理由欄より 必ず選択ください	限度額区分有無 有 無

理由欄	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 (登録予定日: 年 月 日頃)	
	5 : マイナンバーカードを作っていないため (マイナンバーカード作成予定日: 年 月 日頃)	
	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 (下記振込先に被保険者名にて再交付手数料をお振込みください)	
	9 : 高齢受給者区分の表示が必要なため (区分記載のない「資格確認書」を添付してください)	
	10 : 限度額区分の表示が必要なため (区分記載のない又は旧区分が記載された「資格確認書」を添付してください)	
	11 : その他(理由)	

【再交付手数料について】 ※振込み後は返金できませんので所在を十分にご確認ください

- ・再交付手数料 1,000円/枚 (振込手数料は自己負担)
- ・振込先 三井住友銀行 霞が関支店 (普)口座 0920368 口座名義 三井化学健康保険組合(ミツカガケンコウホケンギアイ)
- ・被保険者は申請書に必要な事項を記入の上、事業所担当者へ提出してください(事業主経由での交付となります)

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
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄
