

健康保険 資格確認書 (再) 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

アンリツ健康保険組合

被 保 険 者 情 報	① 個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。	
	② 記号・番号	記号(左つめ) 番号(左つめ)	生年月日	
	③ 氏名	フリガナ アンリツ オツ アンリツ 夫		
	④ 郵便番号	1 2 3 4 5 6 7	電話番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1
	⑤ 住所	都 道 神奈川県 厚木市恩名5丁目1-1 府 県		

対 象 者 欄	⑥ 対象者	3	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	
	⑦ 被 保 険 者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	⑧ 被 扶 養 者 ①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	⑧ 被 扶 養 者 ②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	⑧ 被 扶 養 者 ③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由

⑨ 理 由 欄	<p>1 : マイナンバーカードを紛失したため</p> <p>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>5 : マイナンバーカードを作っていないため</p> <p>6 : マイナンバーカードを返納したため</p> <p>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</p> <p>8 : 資格確認書を滅失・き損したため</p>
------------------	--

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

常務理事	事務長	主任	担当		交付	電算処理

健康保険 資格確認書（再）交付申請書について

この申請書は、資格確認書の交付を希望される方が、資格取得時の資格取得届、または、被扶養者異動届に添付して資格確認書の交付を申請するものです。

交付申請の理由が、No.1、2、7、（再交付：No.8）の時は、本人からの申請により資格確認書を交付します。

また、No.3、4、5、6、の場合は、健康保険組合にて、マイナ保険証のリンク付け状況等を確認したうえで、交付要件を満たした場合に交付します。

なお、マイナ保険証を有しており、オンライン資格確認を受けることができる方には、「資格確認書」の交付はできません。

記入の仕方

- ① 被保険者記号・番号のわからない方は、マイナンバーを記入してください
（被保険者記号・番号を②に記入された場合には、マイナンバーの記入は不要です）
- ② 被保険者記号・番号を記入してください
- ③ 被保険者の氏名を記入してください
- ④ 郵便番号、および、日中に連絡の取れる電話番号を記入してください
- ⑤ 住民票（マイナンバーカード）に書かれている住所を表記どおり正確に記入してください
- ⑥ 資格確認書の交付を希望される方について、該当する番号を記入してください
- ⑦ 被保険者の資格確認書の交付を希望される場合に、記入してください
- ⑧ 被扶養者の資格確認書の交付を希望される場合に、ひとりずつ記入してください
- ⑨ ⑦～⑩の申請理由欄に、それぞれ該当する申請理由の番号を記入してください

マイナンバーカードを持っていて、マイナ保険証利用登録状況等がわからない場合には、マイナポータルにて確認されるか、健康保険組合にお問い合わせください。