

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

マイナ保険証を持っているが、念のため資格確認書も持っておきたいという理由での交付はできません。

再発行した資格確認書の有効期限内に資格喪失、もしくはマイナ保険証を取得した場合は、資格確認書は日清健保までご返納ください

記号・番号	記号(左づめ) 保険証の記号	番号(左づめ) 保険証の番号	生年月日 記入 1 昭和 2 平成 3 令和 記入する 年 月 日
氏名	記入する 記入する		
郵便番号	記入する	電話番号	記入する
住所	記入する 都 道 府 県 記入する		

対象者	1 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					
対象者欄	被保険者	記入する 同上	生年月日	記入する 同上	申請理由	記入 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	記入する	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由	記入 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者②	記入する	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由	記入 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者③	記入する	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由	記入 下記、理由欄より必ず選択ください

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 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 ※き損の場合は毀損した資格確認書を添付のこと
-----	--

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	

※ 有効期限内の資格確認書を紛失または盗難された場合、悪用される恐れがありますので速やかに警察に届出てください。

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

マイナ保険証を持っているが、念のため資格確認書も持っておきたいという理由での交付はできません。

再発行した資格確認書の有効期限内に資格喪失、もしくはマイナ保険証を取得した場合は、資格確認書は日清健保までご返納ください

記号・番号	記号(左つめ)	番号(左つめ)	生年月日
	保険証の記号	保険証の番号	記入 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日
氏名	フリガナ 記入する		
郵便番号	記入する	電話番号	記入する
住所	 記入する 都 道 府 県 記入する 		

対象者	2	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
対象者欄	被保険者	フリガナ 氏名 生年月日
	被扶養者①	 フリガナ 氏名 記入する 生年月日 記入 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日
	被扶養者②	フリガナ 氏名 生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日
	被扶養者③	フリガナ 氏名 生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日

理由欄	理由
	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 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 ※き損の場合は毀損した資格確認証を添付のこと

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	

※ 有効期限内の資格確認書を紛失または盗難された場合、悪用される恐れがありますので速やかに警察に届出てください。

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

マイナ保険証を持っているが、念のため資格確認書も持っておきたいという理由での交付はできません。

再発行した資格確認書の有効期限内に資格喪失、もしくはマイナ保険証を取得した場合は、資格確認書は日清健保までご返納ください

記号・番号	記号(左つめ)	番号(左つめ)	生年月日
	保険証の記号	保険証の番号	記入 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日
氏名	フリガナ 記入する 記入する		
郵便番号	記入する	電話番号	記入する
住所	 記入する 都 道 府 県 記入する 		

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		
対象者欄	被保険者	フリガナ 記入する 氏名 同上	生年月日 記入する 同上	申請理由 記入 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 記入する 氏名 記入する	生年月日 記入 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日 	申請理由 記入 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者②	フリガナ 氏名 	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日 	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者③	フリガナ 氏名 	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日 	申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください

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 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 ※き損の場合は毀損した資格確認証を添付のこと
-----	--

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	

※ 有効期限内の資格確認書を紛失または盗難された場合、悪用される恐れがありますので速やかに警察に届出てください。