一般被保険者**(被保険者の記号が101～779の者)**が申請する場合(記入例)

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

記号・番号欄か個人番号欄のどちらかを記入

被保険者情報

記号・番号	記号（左づめ） 1 2 3	番号（左づめ） 4 5 6 7	
個人番号（マイナンバー）	－	－	生年月日 1（1 昭和 2 平成 3 令和）51年 1月 1日
氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保　太郎		
郵便番号	000－0000	電話番号	090－〇〇〇〇－〇〇〇〇
住所	〇〇 都道府県 〇〇市〇〇1-2-3		

再交付が必要な方を1～3から選択のうえ、**あてはまる数字を記入**

対象者欄

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）		
被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 1（下記、理由欄より必ず選択ください）
被扶養者①	フリガナ ケンポ ハナコ 氏名 健保　花子	生年月日 1（1 昭和 2 平成 3 令和）52年 5月 1日	申請理由 2（下記、理由欄より必ず選択ください）
被扶養者②	フリガナ ケンポ ヤスシ 氏名 健保　康	生年月日 2（1 昭和 2 平成 3 令和）12年 7月 1日	申請理由 3（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		より必ず選択く

再交付が必要な方が被保険者本人の場合は被保険者欄に**申請理由**を、
被扶養者の場合は被扶養者①～③に**氏名と生年月日と申請理由**を記入
申請理由は理由欄の中から選択のうえ、**あてはまる数字を記入**

理由欄

1 ： マ
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

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	〇〇県〇〇市〇〇1－2－3
事業所名称	〇〇労災病院
事業主氏名	院長　〇〇　〇〇
電話番号	〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇〇

事業主を経由して申請すること
（事業主欄の記入が必要です）

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	記入しないこと

労働者健康安全機構健康保険組合(R6.11)

特例退職・任意継続被保険者**(被保険者の記号が88・99の者)**が申請する場合(記入例)

※本人確認のため、**マイナンバーカード・住民票のいずれかの写しを添付すること**

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

記号・番号欄か個人番号欄のどちらかを記入

被保険者情報																		
記号・番号	記号（左づめ）		番号（左づめ）					個人番号（マイナンバー）を記入してください。										
	9	9	1	2	3	4	5											
個人番号（マイナンバー）																		
生年月日	1	1 昭和 2 平成 3 令和	51	年	1	月	1	日										
氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ 健保　太郎																	
郵便番号	000－0000																	
電話番号	090－〇〇〇〇－〇〇〇〇																	
住所	〇〇　都 道 府 県　〇〇市〇〇1-2-3																	

再交付が必要な方を1～3から選択のうえ、**あてはまる数字を記入**

対象者欄																		
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																
被保険者	フリガナ 氏名	同上	生年月日	同上	申請理由	1	下記、理由欄より必ず選択ください											
被扶養者①	フリガナ　ケンポ　ハナコ 氏名	健保　花子	生年月日	1	1 昭和 2 平成 3 令和	52	年	5	月	1	日	申請理由	2	下記、理由欄より必ず選択ください				
被扶養者②	フリガナ　ケンポ　ヤスシ 氏名	健保　康	生年月日	2	1 昭和 2 平成 3 令和	12	年	7	月	1	日	申請理由	3	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													より必ず選択く				

再交付が必要な方が被保険者本人の場合は被保険者欄に**申請理由**を、
被扶養者の場合は被扶養者①～③に**氏名と生年月日と申請理由**を記入
申請理由は理由欄の中から選択のうえ、**あてはまる数字を記入**

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

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

事業主欄は記入しないこと

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

記入しないこと

労働者健康安全機構健康保険組合(R6.11)