

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。

申請パターン ① ☐ 入社、移籍、定年再雇用 ② ☐ 扶養追加 ③ ☐ 保険証等紛失 ④ ☐ 左記以外

被 保 険 者 情 報	在籍会社			社員番号							
	記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日							
					1 昭和 2 平成 3 令和		年		月		日
	氏名	フリガナ -----									
	郵便番号		電話番号								
住所	都 道 府 県										

対 象 者 欄	対象者	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	生年月日	申請理由
		同上	同上	下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
			1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	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	申請理由	
		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	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	申請理由	
		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	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 : 資格確認書を紛失・き損したため(紛失時の状況:) 9 : 保険証を紛失・き損したため (紛失時の状況:)	

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。		受付日付印
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		

- ・理由1、2の場合、有効期限3か月の「資格確認書」を交付します
- ・理由8の場合、き損した「資格確認書」を添付してください
- ・理由9の場合、き損した「保険証」を添付してください

伊藤ハム米久健康保険組合
令和7年2月