

常務理事	事務長	係	係

## 健康保険 資格確認書（再）交付申請書

被保険者 記号・番号		被保険者の記号・番号が不明の場合は 個人番号(マイナンバー)を記入ください		
記号	番号			
被保険者 個人番号 (マイナンバー)				
被保険者 氏名		被保険者 生年月日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
被保険者の会社名・所属部署 ※建物、階層、営業所、部、課名など ★任継・特退被保険者は住民票住所を記入ください			確認欄	
			<input type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が 作成した申請書である	
日中連絡の取れる連絡先 ※お問い合わせの際に利用します				
(電話番号)		(メールアドレス)		
対象者欄	氏名	続柄	生年月日	申請理由
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 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			

※ 個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。  
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

事業主の証明	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
	事業主名 電話番号
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	

-----  
 受付印

健康保険 資格確認書

健康保険証をお持ち場合は、資格確認書の発行はできません。  
 →保険証を滅失して、資格確認書の発行を希望する場合は、  
 「健康保険被保険者証 滅失届」を添付してください。

被保険者 記号・番号		被保険者 記号・番号が不明の場合は		
記号	999	番号	999999	
被保険者 個人番号 (マイナンバー)				
被保険者 氏名		被保険者 生年月日		
健保 元		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 3 年 2 月 20 日		
被保険者の会社名・所属部署 ※建物、階層、営業所、部、課名など ★任継・特退被保険者は住民票住所を記入ください			確認欄	
▽▽(株) ○○TEC ○階 ××部 ×課			<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成した申請書である	
日中連絡の取れる連絡先 ※お問い合わせの際に利用します				
(電話番号)		(メールアドレス)		
999-9999-9999		gen.kenpo@○○.com		
対象者欄	氏名	続柄	生年月日	申請理由
	(フリガナ) ケンポ ミホ 健保 美保	妻	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 4 年 5 月 5 日	5 下記、理由欄より必ず選択ください
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	下記、理由欄より必ず選択ください
	(フリガナ)			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			

被保険者が作成し、必ず✓を記入してください。  
 記入がない場合は(再)交付できません。

理由欄より該当する番号を選択し、記入ください。  
 該当する理由が無ければ、申請できません。

資格確認書は交付できる理由が限られています。  
 マイナ保険証による受診が困難である等の特段の事情もなく、念のため資格確認書を持っておきたいという申請理由で交付することはできません。

・滅失した有効期限内の資格確認書を発見した場合は、健保へ返却してください。  
 ・き損の場合は、き損した資格確認書を必ず添付してください。

事業主の証明	上記のとおり被保険者から交付の申請がありました
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主名 電話番号
社会保険労務士の提出代行者名記入欄	