

**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。

1	個人番号 (マイナンバー)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。
	記号・番号	1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1	2 生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日
3	氏名	フリガナ ケンゾウ マサミ 漢字 健保 正美	
4	郵便番号	0 0 0 0 0 0 0 0	5 電話番号 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
6	住所	〇〇 市 〇〇 区 〇〇 丁目 〇 番 〇 号	

7	対象者	3 1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)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 氏名 ケンゾウ マサミ 生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 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 氏名 生年月日 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 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・住所無余白のため

受付日付印

次のような場合に、この申請書をご使用ください。  
申請理由(マイナンバーカードを作っていない等)に該当し、MY HEALTH WEBから資格確認書の(再)交付申請ができない場合 ※経過措置期間中(2024年12月2日～2025年12月1日)に有効な健康保険証をお持ちの方は申請不要

- ◆注意事項  
申請理由(マイナンバーカードを作っていない等)に該当する方で、マイナ保険証による健康保険資格の確認ができない方のみ申請が可能です。資格確認書の交付を希望する場合は原則MY HEALTH WEBからご申請ください。
- ◆記入要領(記入例の番号と照合してください)
- ①【個人番号(マイナンバー)】【記号・番号】  
個人番号または記号・番号のいずれかを記入してください。  
記号・番号は、被保険者証、資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルのいずれかで確認できます。
  - ②【生年月日】  
生年月日を記入してください。
  - ③【氏名】  
氏名を記入してください。
  - ④【郵便番号】  
郵便番号を記入してください。
  - ⑤【電話番号】  
電話番号を記入してください。
  - ⑥【住所】  
住所を記入してください。
  - ⑦【対象者欄】  
・「1」被保険者(本人)のみ、「2」被扶養者(家族)のみ、「3」被保険者(本人)および被扶養者(家族)の中から(再)交付する対象者に該当する番号を記入してください。  
・(再)交付する対象者の氏名、フリガナ、生年月日、申請理由(【理由欄】より該当する番号)を記入してください。
- ◆送付先
- 一般被保険者(従業員)の方  
事業所(会社)の健保担当者宛に提出してください。
  - 任職・特退被保険者の方  
健保組合に送付してください。  
【社外便】101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地 東お茶の水ビル 日立健康保険組合 業務(適用)  
【社内便】(本)健保(OC2)業務(適用)