

健康保険 資格確認書(ハガキ型)初回等交付申請書

本申請書は「MY HEALTH WEB」に交付された資格確認書(電磁的交付)を利用できない場合(初回に限る)、資格確認書(ハガキ型)裏面の住所欄が無余白の場合、被災により資格確認書(ハガキ型)を滅失・き損した場合に使用する様式です。

上記以外の理由により再交付を希望される場合はT-009「資格確認書(ハガキ型)再交付申請書」をご使用ください。

なお、「MY HEALTH WEB」登録済の方はスマートフォンで資格確認書を表示することができるため再交付申請手続きは不要です。また、再交付手数料も発生しませんので「MY HEALTH WEB」での資格確認書表示もご検討ください。

被保険者情報	1 記号・番号	記号(左つめ) 番号(左つめ)	生年月日
	氏名	フリガナ	
	郵便番号	電話番号	
	住所		

記入例: 記号・番号: 1000-10000000, 生年月日: 1昭和/2平成/3令和 57年04月01日, 氏名: 健保 正美, フリガナ: ケンボ マサミ, 郵便番号: 0000000, 電話番号: 000000000000, 住所: 〇〇都道 〇〇市〇〇町1-1-1

対象者欄	2 氏名	生年月日	申請理由
	フリガナ		

記入例: 氏名: 健保 薫, フリガナ: ケンボ カオル, 生年月日: 1昭和/2平成/3令和 60年01月01日, 申請理由: 1 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 : 資格確認書の住所欄無余白のため ※お手元の資格確認書を本申請書に添付してください
 - 9 : 被災により資格確認書(ハガキ型)を滅失・き損した場合 ※備考に必要事項を記入してください

3 資格確認書(ハガキ型)の初回交付、または住所欄無余白による再交付の申請である

「MY HEALTH WEB」に交付された資格確認書を利用できない(スマートフォンを持っていない場合に限る)

※ 上記の両方にチェックがついていない場合は、申請を受理できません。(被災による滅失・き損の場合を除く)

4 備考

被災により資格確認書(ハガキ型)を滅失・き損した場合は、被災の日時・状況等を記入してください

〇〇年〇月〇日 〇〇地震のため、自宅に保管していた資格確認書を滅失した。

事業所コード	事業所所在地	事業主欄	事業所名称	社会保険労務士の 提出代行者名記入欄
	事業主氏名		電話番号	

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

資格確認書(ハガキ型)の交付を希望し、次のいずれかに該当する場合にこの申請書をご使用ください。

- ・「MY HEALTH WEB」に交付された資格確認書(電磁的交付)を利用できない場合 ※初回に限る
- ・資格確認書(ハガキ型)裏面の住所欄が無余白の場合
- ・被災により資格確認書(ハガキ型)を滅失・き損した場合
※災害救助法の適用地域居住者または罹災証明書の保有者に限る

◆記入要領(記入例の番号と照合してください)

- ①【被保険者情報】**
被保険者の「記号・番号」「氏名」「フリガナ」「郵便番号」「住所」「生年月日」「電話番号」を記入してください。
※記号・番号は、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。
※住所欄は本人確認のために必要な欄です(送付先ではありません)。
交付した資格確認書(ハガキ型)は日立健保に登録されている住所へ送付します。
- ②【対象者欄】**
再交付する対象者の「氏名」「フリガナ」「生年月日」「申請理由」を記入してください。
※申請理由は申請理由欄から選択し、数字で記入してください。
- ③【確認欄】**
2点の確認事項について、該当する場合はレ点チェックを記入してください。
両方にレ点チェックがついていない場合は申請を受理できませんので、あらかじめご了承ください。
※被災による滅失・き損の場合を除く。
※確認事項に該当しない場合はT-009「資格確認書(ハガキ型)再交付申請書」よりご申請ください。
※「スマートフォンを持っていない場合に限る」には次の場合も含まれます。
・OSのバージョンが古く「MY HEALTH WEB」アプリをインストール・起動できない場合
・「MY HEALTH WEB」アプリの使用には第三者(介助者など)のサポートが必要な場合
- ④【備考】**
被災により資格確認書(ハガキ型)を滅失・き損した場合は、被災の日時・状況を記入してください。
※申請できる方は、災害救助法の適用地域居住者または罹災証明書の保有者に限ります。
※被災の状況等について確認させていただく場合があります。

◆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。
- 任継・特退被保険者の方
日立健保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(002) 業務(適用)