

【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

提出経路：被保険者 → 事業所健保担当窓口（人事・総務部など） → 健保

健保使用欄			
常務理事	事務長	GM	係
1名につき、1枚ご記入ください			

被保険者情報	事業所名 ※出向者は出向元の事業所名	株式会社〇〇〇〇		氏名 コード	1234××	
	記号・番号	記号(左づめ) 3 ×	番号(左づめ) 1 2 3 4 × ×	生年月日	2 1 昭和 2 平成 3 令和 0 3 年 0 5 月 1 1 日	
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎				
	郵便番号	4 4 6 0 0 × ×	電話番号	0 9 0 1 2 3 4 5 × × ×		
	住所	愛知 都 道 府 県 安城市〇〇町1丁目2番地				

対象者欄	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	健保 花子	2 1 昭和 2 平成 3 令和 0 5 年 1 0 月 0 9 日	2 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
理由欄	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
理由欄	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
理由欄	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要配慮者※ため この理由の場合、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳のコピーを添付してください ※顔認証や暗証番号の入力ができない等、マイナ保険証での受診が困難な障がい者
	8：資格確認書を滅失・き損したため（この理由の場合、下記にチェックしき損であれば、資格確認書を添付） ☐ 滅失した資格確認書が見つかった場合は、すぐにアイシン健康保険組合に返却します ☐ き損した資格確認書をこの申請書に添付します

事業主欄	所在地	受付日付印
	事業所名称	
	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。	

202509改

【注意事項】

- ①資格確認書の有効期限は、健保書類受付日の3か月後の月末までとなります。
②有効期限内に退職や扶養削除などで、健康保険の資格を喪失した場合は、事業主に返却してください。