申請書は、必ずダウンロードしてからご使用ください。ブラウザ上で直接入力すると、文字化けする場合があります。

常務理事	事務長		担当

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

被保険者情報

記号・番号	記号	番号	生年月日	□1 昭和 □2 平成 □3 令和　年　月　日
氏名				
郵便番号	ー	電話番号	ー　ー	
住所				

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

	フリガナ / 氏名	生年月日	申請理由
被保険者		□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①		□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		□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		□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 ： 資格確認書を滅失・き損したため

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。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

【資格確認書に係る再交付料について】

有効期限内に資格確認書を、紛失・滅失したことにより再発行する場合は、
再交付料がかかります

【再交付料】　一枚あたり1,000円

【支払い方法】　以下口座にお振込みください

振込口座　：　みずほ銀行・大阪法人支店・普通・2144539

振込先　：　イトーキ健康保険組合

記入例

常務理事	事務長		担当

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

被保険者情報

記号・番号	記号 11	番号 1234	生年月日 2（1 昭和 2 平成 3 令和） 10 年 11 月 22 日	
氏名	健保　太郎			
郵便番号	012 － 3456	電話番号	*** － **** － ****	
住所	●●市●●●1－1－1			

対象者欄

対象者：3（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）

	フリガナ / 氏名	生年月日	申請理由
被保険者	フリガナ ケンポ　タロウ 氏名 健保　太郎	2（1 昭和 2 平成 3 令和） 10 年 11 月 22 日	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 ケンポ　イチロウ 氏名 健保　一郎	3（1 昭和 2 平成 3 令和） 3 年 4 月 5 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	（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	（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 ： 資格確認書を滅失・き損したため

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。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

【資格確認書に係る再交付料について】

有効期限内に資格確認書を、紛失・滅失したことにより再発行する場合は、
再交付料がかかります

【再交付料】　一枚あたり1,000円

【支払い方法】　以下口座にお振込みください

振込口座　：　みずほ銀行・大阪法人支店・普通・2144539

振込先　：　イトーキ健康保険組合