

常務理事	事務長	担当者	担当者

## 健康保険 資格確認書 交付申請書

必要事項を記入のうえ、事業主経由で申請してください。  
 交付対象者は、マイナ保険証によるオンライン資格確認を受けることができない状況にある方です。  
 有効な保険証をお持ちの方は申請いただけません。  
 ※申請理由に虚偽があった場合は、回収させていただきますのでご注意ください。  
 ※資格確認書の有効期限内に退職したとき、被扶養者でなくなったときは、速やかに事業主へ返納してください。  
 ※マイナ保険証の利用登録を解除する場合は、本届出ではなく「利用登録解除申請書」を提出してください。  
 ※滅失、き損による再交付は、本届出ではなく「再交付申請書」を提出してください。

被保険者情報	① 健康保険被保険者	(記号)	(番号)
	② 被保険者の氏名	(氏)	(名)
	③ 生年月日	昭 平 令	年 月 日

交付申請の対象者	④ 申請理由番号	⑤ 氏 名		⑥ 生年月日				⑦ 続柄 (妻・長男等)	健保使用
	選択し番号を記入 下記理由欄より	かな (氏)	(名)	元号	年	月	日		
		かな (氏)	(名)	元号	年	月	日		
		かな (氏)	(名)	元号	年	月	日		

署名	なお、この届出については、以下の要件を満たしています。	
	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	
	③被保険者氏名	令和 年 月 日 提出

交付申請の理由	①	マイナンバーカードを紛失し、申請中(再発行待ち)	有効期限	理由①～③ 短期発行:(A4サイズ) 健保受付日から3か月
	②	マイナンバーカードを申請中		
	③	マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ		
	④	マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない	理由④～⑦ 令和11年11月30日	
	⑤	マイナンバーカードを取得していない		
	⑥	マイナンバーカードを返納した		
	⑦	マイナ保険証による受診には第三者(介助者等)の援助を必要とする方		

事業主の証明	上記のとおり被保険者から資格確認書の交付申請がありましたので届出いたします		社会保険労務士の提出 代行者名記載欄	全農健康保険組合(令和6年12月27日)
	所在地			
	名称			
	役職 氏名			

「健保組合受付印」