記入例

常務理事	事務長	係員	係員	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　　令和 7 年 4 月 5 日

被保険者情報

個人番号（マイナンバー）			
記号・番号	記号（左づめ）：10　番号（左づめ）：1234	生年月日	2 1 昭和 2 平成 3 令和　22年 11月 22日
氏名	フリガナ：ケンコウ タロウ 健康　太郎		
郵便番号	2220000	電話番号	09000011111
住所	神奈川 都 道 府 県　横浜市〇〇区△△1－2－3		

対象者欄

対象者	1　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		
被保険者	フリガナ　氏名：同上	生年月日：同上	申請理由：8　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	生年月日：1 昭和 2 平成 3 令和　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：1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	申請理由：　下記、理由欄より必ず選択ください

申請理由８「き損」の場合は、き損した資格確認書を添付のうえ、申請してください。

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	〒108-0000　東京都港区白金1－2－3
事業所名称	〇〇株式会社
事業主氏名	代表取締役社長　〇〇　□□□
電話番号	03－1234－3456

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

サクサ健康保険組合
202412