伺	常務理事	事務長	課　長	担　当

健康保険　資格確認書　(再)交付申請書

被保険者	記　号	番　号

被保険者欄	被保険者氏　名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	被保険者生年月日	昭　和 平　成　　年　　月　　日 令　和
	被保険者住　所	〒　　－	電話番号	(　　)

下記の者について資格確認書の交付申請します。**【「ア」「イ」の該当する方に〇】**

ア.　被保険者(本人)分	※交付申請の理由

イ.　被扶養者(家族)分【下記に資格確認書が必要な被扶養者について記入してください。】

被扶養者氏名	被扶養者生年月日	※交付申請の理由
	昭　和 平　成　　年　　月　　日 令　和	
	昭　和 平　成　　年　　月　　日 令　和	
	昭　和 平　成　　年　　月　　日 令　和	
	昭　和 平　成　　年　　月　　日 令　和	

※交付申請理由の例
- ・マイナンバーカード保有なし　・マイナ保険証利用登録なし　・マイナ保険証利用登録解除済
- ・マイナンバーカード返納済　・マイナンバーカード紛失および再交付申請中(有効期限最長3ヶ月)
- ・資格確認書き損(要添付)

記入上の注意
- ・従来の健康保険証(カード型)をお持ちの方は、令和7年12月1日までは資格確認書の交付は申請できません。
- ・マイナ保険証の利用登録をされている方に対しては、原則として資格確認書を交付しません。

任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。

事業主欄	事業所所在地	〒　　－
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	(　　)

受付印

埼玉県建設業健康保険組合