

健康保険 資格確認書 交付理由確認届

2025.12

提出者記入欄	事業所番号		提出日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	統括	担当	
	事業所所在地								
	事業所名称					健保受付印			
	事業主氏名 電話番号					事業所検印			
社会保険労務士記載欄									
氏名等									

被保険者情報	記号・番号	氏名	生年月日
	101 - 12345	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	昭和 平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	住民票住所 〒 456-0031 愛知県 名古屋市熱田区神宮二丁目3番30号		

・発行対象者が被保険者の場合は、氏名欄に 同上 と記してください。(生年月日)
・発行対象者が被扶養者(ご家族)の場合は、氏名、フリガナ、生年月日を記載ください。
・申請理由は下記理由欄より選択し、該当する番号を記載してください

必ず住民票住所通りに正確に記載ください

対象者欄	発行対象者1	フリガナ ケンボ ジロウ 氏名 健保 次郎	生年月日 昭和 平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	申請理由 6	健保使用欄 情報連携(有・無) 期限(短期・長期) 交付日 /
	発行対象者2	フリガナ 氏名	生年月日 昭和	申請理由	健保使用欄 情報連携(有・無)
	発行対象者3	フリガナ 氏名	下記、理由欄より申請理由を記入ください。 ※マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた後、3か月間はマイナ保険証として利用可能です。「6：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」は、マイナ保険証として利用できなくなった際(利用できなくなる直前)にご提出ください。		
	発行対象者4	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	申請理由	健保使用欄 情報連携(有・無) 期限(短期・長期) 交付日 /

理由欄	1 : マイナンバーカードを取得していないため
	2 : マイナンバーカードを返納したため
	3 : マイナンバーカードを紛失しているため
	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ため
	5 : マイナ保険証の利用登録解除を申請中、または解除したため
	6 : 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
	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

<注意事項>
※マイナンバーカードで健康保険証利用登録していることが、情報連携で確認できた場合は資格確認書は交付できません。
※健保にて加入者のデータ登録完了等情報照会が必須となりますので、「資格確認書」交付までに時間を要します。