

# 健康保険 資格確認書（再）交付申請書（現役社員用）

様式3

◎被保険者情報欄は必ず記入してください。（\*）KOSMO-Webに掲載している「資格情報のお知らせ」を参照ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者等の記号と番号(*)		被保険者氏名	生年月日				交付年月日（記入不要）			
	記号	番号		5 昭和	年	月	日	令和	年	月	日
				7 平成							
				9 令和							
	住 所		〒 -								

	交付対象者氏名	続柄	生年月日				申請理由
①			5 昭和	年	日	日	←下記「申請理由」より必ず（番号を）選択ください
②			7 平成				←下記「申請理由」より必ず（番号を）選択ください
③			9 令和				←下記「申請理由」より必ず（番号を）選択ください

申 請 理 由	1	マイナンバーカードを紛失したため	<有効期限> 交付日から2か月	
	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おこなっていないため		
	5	マイナンバーカードを作っていないため		<有効期限>
	6	マイナンバーカードを返納したため		令和11年（2029年）12月1日
	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		

令和 年 月 日 提出

## 【注意事項】

- この届書は、資格確認書の交付を希望する場合、事業主を経由して当健保組合に提出するものです。
- 被保険者情報欄は必ず記入してください。
- 交付対象者の「氏名」「続柄」「生年月日」「申請理由（番号）」を記入してください。
- 申請理由について、別途確認させていただく場合があります。
- 届書の提出先は、各事業所の健保窓口（総務等）となります。※出向者は出向元

受付日付印

## 事業主記入欄

上記のとおり被保険者からの交付の申請がありましたので届出します。

所在地  
事業所  
名 称  
事業主 名 称

2024.12

常務理事	事務局長	リーダー	担当者