

|      |     |    |    |    |   |
|------|-----|----|----|----|---|
| 事務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 主任 | 係 |
|      |     |    |    |    |   |

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

|        |                  |                                                                                                                                                                                                                                           |                           |                                                                                                                                                    |     |
|--------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 被保険者情報 | 個人番号<br>(マイナンバー) | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> | 個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。 |                                                                                                                                                    |     |
|        | 記号・番号            | 記号                                                                                                                                                                                                                                        | 番号                        | 生年月日<br><div><div><div>1 昭和</div><div>2 平成</div><div>3 令和</div></div><div></div><div></div>年 <div></div><div></div>月 <div></div><div></div>日</div> |     |
|        | 氏名               | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                                                                                                                    |     |
|        | 郵便番号             | 〒                                                                                                                                                                                                                                         | —                         | 電話番号                                                                                                                                               | ( ) |
|        | 住所               | 都 道<br>府 県                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                                                                    |     |

|      |                             |                                                                                              |                                                                                                                                                    |                                                 |  |
|------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|
| 対象者欄 | 対象者<br>該当する番号を<br>□にご記入ください | <div><div></div></div> <div>1 被保険者(本人)分のみ<br/>2 被扶養者(家族)分のみ<br/>3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分</div> |                                                                                                                                                    |                                                 |  |
|      | 被保険者                        | フリガナ<br>氏名<br>同上                                                                             | 生年月日<br>同上                                                                                                                                         | 申請理由<br><div><div></div></div> 下記、理由欄より必ず選択ください |  |
|      | 被扶養者①                       | フリガナ<br>氏名                                                                                   | 生年月日<br><div><div><div>1 昭和</div><div>2 平成</div><div>3 令和</div></div><div></div><div></div>年 <div></div><div></div>月 <div></div><div></div>日</div> | 申請理由<br><div><div></div></div> 下記、理由欄より必ず選択ください |  |
|      | 被扶養者②                       | フリガナ<br>氏名                                                                                   | 生年月日<br><div><div><div>1 昭和</div><div>2 平成</div><div>3 令和</div></div><div></div><div></div>年 <div></div><div></div>月 <div></div><div></div>日</div> | 申請理由<br><div><div></div></div> 下記、理由欄より必ず選択ください |  |
|      | 被扶養者③                       | フリガナ<br>氏名                                                                                   | 生年月日<br><div><div><div>1 昭和</div><div>2 平成</div><div>3 令和</div></div><div></div><div></div>年 <div></div><div></div>月 <div></div><div></div>日</div> | 申請理由<br><div><div></div></div> 下記、理由欄より必ず選択ください |  |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 理由欄 | <div>1 : マイナンバーカードを紛失したため</div> <div>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</div> <div>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</div> <div>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</div> <div>5 : マイナンバーカードを作っていないため</div> <div>6 : マイナンバーカードを返納したため</div> <div>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</div> <div>8 : 資格確認書を滅失・き損したため ※き損による申請の場合は、その資格確認書を添付してください</div> |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                       |                                 |       |
|-----------------------|---------------------------------|-------|
| 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。 | 受付日付印 |
|                       | 事業所所在地                          |       |
|                       | 事業所名称                           |       |
|                       | 事業主氏名                           |       |
|                       | 電話番号                            |       |
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記入欄 |                                 |       |

1. 原則下記の理由で資格確認書を交付することはできませんのでご注意ください。

①マイナ保険証を保有しているが念のため資格確認書を持っておきたい。

※マイナ保険証とは・・・健康保険証利用登録が完了したマイナンバーカードがマイナ保険証です。

②保育園等で園児が医療機関等を受診する際に備えるため。

③修学旅行等の学校行事等において児童が医療機関を受診する際に備えるため。

＜①について資格確認書を交付しない理由＞

法令上、資格確認書はマイナ保険証で医療機関を受診できない方に交付するものであるため。

※医療機関の受診時にマイナ保険証の利用が困難な方（要介護の高齢者や障害をお持ちの方など）は除く

＜②、③について資格確認書を交付しない理由＞

・マイナポータルに表示させる資格情報のPDFファイルをあらかじめダウンロードしたもの又はその印刷物

・資格情報のお知らせ又はその写し

※保護者に代わり保育士や学校教員等が児童を連れて医療機関等を受診する際は、保育士等の管理監督下のため、なりすましが起こることは想定され難いため例外的に上記の書類により受診が可能とされています。  
（保護者が児童を受診させる場合はマイナ保険証が必要）

マイナポータルで医療保険の資格情報画面を確認する方法

医療保険の資格情報画面は、スマートフォンなどを用いてマイナポータルへアクセスすることで参照することが可能です。

QRコードアクセス用



医療保険の資格情報画面

| 医療保険の資格情報                                                                                                                       |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| この画面からのみでは参照できません。マイナ保険証と合わせて参照してください。                                                                                          |            |
| 取得日時：2024年2月6日 時点                                                                                                               |            |
| 姓                                                                                                                               | XXXX医療保険組合 |
| 姓                                                                                                                               | 00000000   |
| 姓                                                                                                                               | 1          |
| 姓                                                                                                                               | 00000      |
| 姓                                                                                                                               | 00         |
| 姓                                                                                                                               | XX XX      |
| 70歳以上の方は後期高齢者医療の加入者                                                                                                             |            |
| 一 部 保 険 制 度                                                                                                                     | 一          |
| 保 険 種 別                                                                                                                         | 一          |
| (注) マイナ保険証の読み取りができない機器的な理由には、保険証の読み取りと読み取りが困難となるに医療機関の受診に必要となる資格情報の加入者の場合は、読み取れない旨の表示がなされます。また、読み取れない場合は、保険証の読み取りが困難となる場合があります。 |            |

2. 以下の事由に該当する場合は、マイナンバーカードや電子証明書の失効等によりマイナ保険証を利用できない場合があるため資格確認書の交付申請をしてください。

| 事 由                                                                                                                                                                                                                                                                          | 申 請 理 由               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| ・マイナンバーカードの紛失・盗難等により、マイナンバーカードの利用を一時停止させた後で、マイナンバーカードの再発行や電子証明書の更新（マイナンバーカードが見つかった場合）を行っていない場合                                                                                                                                                                               | 1 マイナンバーカードを紛失したため    |
| ・マイナンバーカードや電子証明書が何らかの事由により失効している場合<br>《具体例は以下のとおり》<br>・転入の届出を行った日から90日以内に転入先の市区町村でマイナンバーカードの継続利用の手続を行っていない場合<br>・転出手続後、転入先の市区町村での転入届が未提出のまま、転出予定日から30日を経過した場合<br>・実際に転入をした日から14日を経過してから転入届を提出した場合<br>・期間内の転入届の提出後、継続利用の手続なく別の市区町村に転出した場合<br>・個人番号の変更をした上で、電子証明書の再発行を行っていない場合 | 2 マイナンバーカードの更新手続き中のため |
| ・マイナンバーカードの交付時（再発行時を含む）に、電子証明書の発行を希望しない場合                                                                                                                                                                                                                                    | 5 マイナンバーカードを作っていないため  |

※マイナンバーカード・電子証明書の更新につきましては、市区町村からの案内に従い速やかに対応頂きますようお願いいたします。