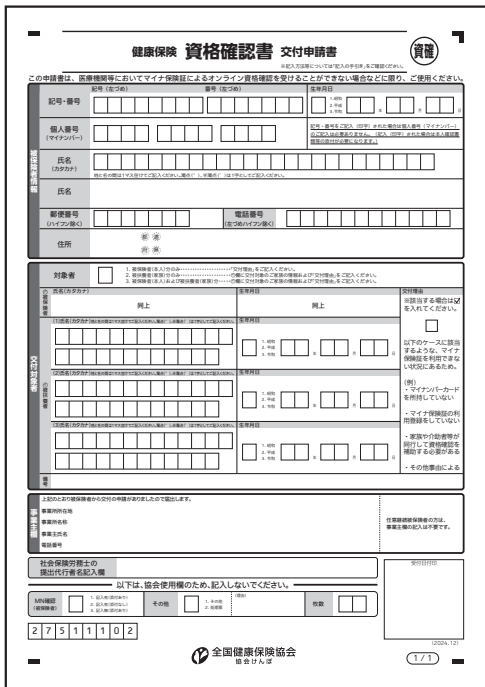


健康保険 資格確認書 交付申請書 記入の手引き

医療機関等においてマイナ保険証によるオンライン資格確認を受けることができない場合や、お持ちの資格確認書をき損した場合に限りご使用ください。

申請書は1ページです。
漏れなく正確にご記入ください。



申請が必要な方

○下記のケースに該当するような、マイナ保険証を利用できない状況にある場合に申請が必要となります。

(例)

- ・マイナンバーカードを所持していない
- ・マイナ保険証の利用登録をしていない
- ・家族や介護者等が同行して資格確認を補助する必要がある

添付書類をご用意ください

- き損(汚れた、割れた等)により再交付を希望する場合
- ・資格確認書

注意事項

提出先

《事業所に勤務している被保険者の方およびその被扶養者の方》
事業主経由でご加入の協会けんぽ都道府県支部にご提出ください。

《任意継続被保険者の方およびその被扶養者の方》
お住まいの協会けんぽ都道府県支部にご提出ください。

その他

- 資格確認書の再交付を受けたあとに、無くしていた資格確認書が見つかった場合は、見つかった資格確認書を協会けんぽ都道府県支部にご返却ください。

次ページに記入例があります。➡

ご提出・お問い合わせ先

申請書のご記入後は、協会けんぽ都道府県支部に郵便でご提出ください。
*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



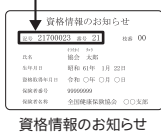
協会けんぽ

検索

記入例

資格確認書 交付申請書

- 1** 資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。



- 2** 被保険者のマイナンバーは、①の記号と番号が不明の場合のみご記入ください。任意継続被保険者の方がマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。
⑦①の両方を本人確認書類貼付台紙（※）に、貼付のうえ、申請書に添付してください。

- ⑦ 身元確認を行うための書類（いずれか1点）
・被保険者の個人番号カード（表面）のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
① 番号確認を行うための書類（いずれか1点）
・被保険者の個人番号カード（裏面）のコピー、被保険者のマイナンバーが記載された住民票が住民票記載事項証明書

（※）協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

なお、代理人（被保険者より委任状等を受け取っている方や法定代理人）が申請される場合は、代理権の確認、代理人の身元確認が必要になります。詳しくは、協会けんぽのホームページをご確認ください。

上記、添付書類は行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等に定められています。

- ・申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0123456789アイウ
- ・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスを0で埋めてください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線（黒）で抹消して、正しい内容をご記入ください。

- 3** 被保険者の氏名をご記入ください。機械(OCR)処理をしますので、必ず氏名(カタカナ)もご記入ください。

- 4** 交付が必要な方を1～3から選択のうえ、あてはまる数字をご記入ください。

- 5** 交付が必要な方が被扶養者の場合は④の欄の氏名と生年月日をご記入ください。

- 6** 資格確認書は、交付理由欄に記載のケースに該当し、マイナ保険証を利用できない状況である場合のみ発行できます。該当する場合は、☒してください。

- 7** 事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の方の交付を申請する場合は、事業主欄の記入が必要です。事業主を経由してご申請ください。

健康保険 資格確認書 交付申請書				資格
※記入方法等については「記入の手引き」をご確認ください。				
この申請書は、医療機関等においてマイナ保険証によるオンライン資格確認を受けることができない場合などに限り、ご使用ください。				
記号・番号	① 2 1 7 0 0 0 2 3 2 1	生年月日	② 1 6 1 年 0 1 月 2 2 日	
個人番号 (マイナンバー)	③ 	記号・番号をご記入（印字）された場合は個人番号（マイナンバー）のご記入は必要ありません。（記入（印字）された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。）		
氏名 (カタカナ)	④ キ ョ ウ カ イ タ ロ ウ			
氏名	⑤ 協 会 太 郎			
郵便番号 (ハイフン除く)	1 0 5 0 0 0	電話番号 (左づつハイフン除く)	0 9 0 × × × × × × × × ×	
住所	⑥ 東京 ⑦ 港区 ⑧ 〇〇 ⑨ 1-1			
対象者	⑩ 2			
⑪ 被保険者 (カタカナ)	同上		⑫ 生年月日 同上	
⑬ 氏名 (カタカナ)	⑭ キ ョ ウ カ イ ハ ナ コ		⑮ 生年月日 1 △ △ 年 1 0 月 2 2 日	
⑯ 氏名 (カタカナ)			⑰ 生年月日	
⑱ 氏名 (カタカナ)			⑲ 生年月日	
⑳ 氏名 (カタカナ)			㉑ 生年月日	
㉒ 交付理由	㉓ ☒ 該当する場合は☑を入れてください。 以下のケースに該当する場合は、マイナ保険証を利用できない状況にあるため。 (例) ・マイナンバーカードを所持していない ・マイナ保険証の利用登録をしていない ・家族や介護者等が同行して資格確認を補助する必要がある ・その他事由による			
⑳ 事業主欄	㉔ 千代田区△△1-1 事業主氏名 株式会社 ○○○○○○○○ 健保 五郎 電話番号 03-××××-××××			
社会保険労務士の 提出代行署名記入欄	㉕ 以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。 MN確認 (被保険者) ☐ 1. 記入有(添付あり) 2. 記入有(添付なし) 3. 記入無(添付あり) その他 ☐ 協会使用欄は記入不要です。 ☐			
2 7 5 1 1 1 0 2				