

「資格確認書」の発行について

① 発行手順

「資格取得届」または「被扶養者異動届」の資格確認書発行要否欄に
があり、※発行要件に該当し、かつ「資格確認書(再)交付申請書」の
 提出があった方に対し、発行いたします。

| | | |
|-----------------|--------------------------|-----------|
| ② 資格確認書 発行要否 | <input type="checkbox"/> | 発行が必要(※2) |
|-----------------|--------------------------|-----------|

| | | |
|---------------|--------------------------|-----------|
| 資格確認書 発行要否 | <input type="checkbox"/> | 発行が必要(※1) |
|---------------|--------------------------|-----------|

 当健保は申請発行を原則としており、自動で交付はされませんのでご注意ください

※ 資格確認書の発行は、以下に該当する場合に限りです

- ・マイナンバーカードを取得していない方
- ・マイナンバーカードを保有しているが、保険証利用登録を行っていない方
- ・マイナ保険証の利用登録解除を申請した方、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ(カード本体の有効期限切れを含む)の方
- ・マイナンバーカードを返納された方
- ・マイナンバーカードを紛失した方、更新中の方
- ・マイナ保険証での受診が困難で第三者(介助者など)のサポートが必要な方

資格確認書(再)交付申請書

| 健康保険 資格確認書(再)交付申請書 | | 申請種別 | 申請先 | 届出 | 届出 |
|---|--------------------------|--|------------|------------|--|
| 提出日: 令和 年 月 日 | | | | | |
| 記号 | 番号 | 個人番号 (マイナンバー) | 生年月日 | 5期和 7平成 | 年 月 日 |
| 氏名 | | | | | |
| 住所 | | | 電話番号 | | |
| 対象者 | <input type="checkbox"/> | 1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分 | | | |
| 対象者 | 同上 | 生年月日 | 同上 | 申請理由 | <input type="checkbox"/> 7. 住所変更 <input type="checkbox"/> 8. 住所変更 <input type="checkbox"/> 9. 住所変更 |
| 対象者① | 1999 | 生年月日 | 5期和 7平成 | 年 月 日 | 申請理由 |
| 対象者② | 1999 | 生年月日 | 5期和 7平成 | 年 月 日 | 申請理由 |
| 対象者③ | 1999 | 生年月日 | 5期和 7平成 | 年 月 日 | 申請理由 |
| 理由 | | 1 : マイナンバーカードを紛失したため 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行っていないため 5 : マイナンバーカードを作っていないため 6 : マイナンバーカードを返納したため 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 8 : 資格確認書を滅失したため (理由(滅失した場所や申請させた理由をできるだけ詳しく記入してください)) | | | |
| ※再交付を申請する人は、下記を必ず読んで署名をしてください。 【資格確認書の再交付に関する特約事項】 ①再交付料は、1割につき600円を支払います ②再交付料の支払いについては、専業主に負担します ③再交付料は、いかなる理由があっても返金を求めません ※上記、①～③について同意の上、署名します。 申請者氏名 _____ 電話番号 _____ 申請者所在地 _____ 申請者氏名 _____ 申請者氏名 _____ 電話番号 _____ | | | | | |

「資格確認書」について

② 様式

A 4 用紙（偽造防止対策あり）

③ 有効期限

最大5年 ※2029年12月一斉更新予定

④ 紛失・き損時の再発行

手数料500円がかかります。

※支払い方法は事業所振込をお願いいたします。

資格確認書

| 健康保険資格確認書 | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 発行No.100001 本人（被保険者） | |
| 令和6年12月2日交付 | |
| 記号 | 1234 |
| 番号 | 1234567 (被番) 02 |
| 氏名 | 生産性 花子 |
| 性別 | 女 |
| 生年月日 | 昭和28年4月1日 |
| 資格取得年月日 | 令和6年4月1日 |
| 一部負担金の割合 発効年月日 | 3割 令和6年4月1日 |
| 有効期限 | 令和7年12月2日 |
| 保険者番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 保険者名称 | 生産性本部健康保険組合 印 TEL 99-9999-9999 |
| 保険者所在地 | 千代田区平河町2丁目99-99 |

「資格確認書」の回収について

12月以降は各事業所に対し、定期的に

「資格確認書」発行者の情報連携を行います。

事業所担当者様におかれましてはそちらを参考にし、

「資格確認書」発行者が退職、扶養削除した際には

回収をお願いします。

※有効期限が切れたものに関しては回収不要です。

資格確認書回収不能届

大王製紙健康保険組合 常務理事 殿

資格確認書回収不能届
(事業所記入)

◎この届は資格喪失時に資格確認書を回収できない場合に事業所が提出します。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|----|------|----|-----------|---|---|-----|--------|----|----|----|------------|---|
| 被保険者情報 | 事業所名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 記号 | 番号 | | | 氏名 (フリガナ) | | | | | | | | | |
| | 資格取得日 | 昭和 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 退職日 | 昭和 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 退職時住所 | | | | | | | | | | | 性別 | 1 男 2 女 | |
| 回収不能者氏名 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | | | | | | 回収不能理由 | | | | | |
| | (フリガナ) | | 昭和 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | (フリガナ) | | 昭和 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | (フリガナ) | | 昭和 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | (フリガナ) | | 昭和 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| 返納督促状況 | 年 月 日 呼出・訪問・TEL・内容証明郵便・その他() | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 月 日 呼出・訪問・TEL・内容証明郵便・その他() | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 月 日 呼出・訪問・TEL・内容証明郵便・その他() | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 月 日 呼出・訪問・TEL・内容証明郵便・その他() | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主欄 | 記載の通り、資格確認証を回収し、貴組合に返納することができません。 今後も回収に努め、回収できた時は直ちに返納いたします。 また、回収までの間に、万が一保険診療を受けた場合には、医療費の回収に努めます。 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業所所在地 | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業所名称 | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業主氏名 | | | | | | | | | | | | | |