

「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。

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**

<電子申請の場合>

「資格確認書発行要否欄」の追加に関して、2024年12月にシステム改修が間に合わない事業所様においては、備考欄に「資格確認書発行希望」といった文言を入力し、PDFにて「資格確認書(再)交付申請書」を添付の上、ご申請をお願いいたします。

※「資格確認書(再)交付申請書」の添付はシステム改修後も必要です。

※ 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		申請年度	申請月	申請日	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 7年次	年 月 日
氏名					
住所				電話番号	
対象者	<input type="checkbox"/>	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 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期、有効期限が切れているため
対象者①	1999	生年月日	5期 7年次	申請理由	<input type="checkbox"/> 7期、有効期限が切れているため
対象者②	1999	生年月日	5期 7年次	申請理由	<input type="checkbox"/> 7期、有効期限が切れているため
対象者③	1999	生年月日	5期 7年次	申請理由	<input type="checkbox"/> 7期、有効期限が切れているため
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・き損したため (理由(滅失した場合やき損させた理由をできるだけ詳しく記入してください))				
※再交付を希望する人は、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契約事項】 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、事業主に請求します 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。 被保険者氏名 _____ 電話番号 _____ 事業所所在地 _____ 事業所名 _____ 事業主氏名 _____					

「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

（一斉更新の際に「資格確認書(再)交付申請書」が必要か否かは現在未定です）

④ 紛失・き損時の再発行

手数料500円がかかります。（一斉更新の際はかかりません）

※支払い方法は事業所振込をお願いいたします。

⑤ 発行日

毎週金曜日締め切りの翌週月曜日発行予定

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 (枝番) 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	3割	発効年月日	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」発行者のリストをお送りします。

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
従来通り行い、資格喪失の届出と併せて提出をお願いします。

**保険証と同様に回収した「資格確認書」には右図のように
右上に回収日(本人から事業所が回収した日)を記入ください。**

対象者が紛失等で返却できない場合は「資格確認書返却不能届」
を記入し提出ください。

被保険者と連絡がつかない等で回収不能となった場合は

「資格確認書回収不能届」を事業所が記入のうえ提出してください。

※有効期限が切れたものに関しては回収不要です。

回収日

健康保険資格確認書	
発行No. 100000009	令和 6年12月18日交付
家族 (被扶養者)	
記号	番号 (枝番) 09
氏名	
性別	女
生年月日	日
認定年月日	令和 6年12月 2日
被保険者氏名	
有効期限	令和11年12月 1日
保険者番号	0 6 3 8 0 2 3 2
保険者名称	大王製紙健康保険組合
所在地	愛媛県四国中央市三島朝日2丁目12番45号
	Tel. 0896-24-5055

12/18