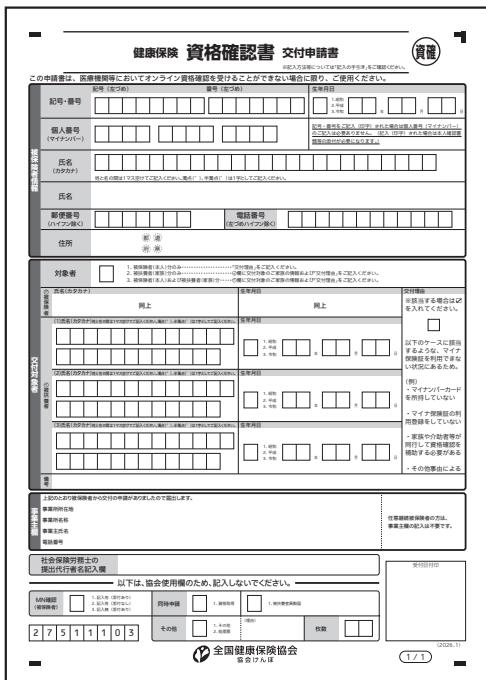


健康保険 資格確認書 交付申請書 記入の手引き

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
- ・家族や介助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。

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。

次ページに記入例があります。→



協会けんぽ

検索



健康保険 資格確認書 交付申請書

資確

※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オンライン資格確認を受けることができない場合に限り、ご使用ください。

記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
記号・番号	1 2170002321	番号(左づめ)	1 61 01 22 日
個人番号	個人番号 (マイナンバー) 2	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)	3 キヨウカイ タロウ	姓と名の間に1マス空けてご記入ください(高点(')、半高点('')は1字としてご記入ください。	
氏名	協会 太郎		
郵便番号 (ハイフン除く)	1050000	電話番号 (左づめハイフン除く)	090××××××××
住所	東京 道 府県: 港区○○ 1-1		
対象者	4 2	1. 被保険者(本人)のみ 2. 被保険者(家族)のみ 3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分 □欄に交付対象のご家族の情報および「交付理由」をご記入ください。	
被保険者	氏名(カタカナ)	生年月日	交付理由 ※該当する場合は□を入れてください。
同上	同上	1 10 22 日	<input checked="" type="checkbox"/>
5	以下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ため。		
交付申請者	(1)氏名(カタカナ)姓と名の間に1マス空けてご記入ください(高点(')、半高点('')は1字としてご記入ください)	生年月日	(例) ・マイナ保証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 ・家族や介助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
同上	キヨウカイ ハナコ	1 △△ 10 22 日	
(2)氏名(カタカナ)姓と名の間に1マス空けてご記入ください(高点(')、半高点('')は1字としてご記入ください)	生年月日		
同上	△△	1 △△ 10 22 日	
(3)氏名(カタカナ)姓と名の間に1マス空けてご記入ください(高点(')、半高点('')は1字としてご記入ください)	生年月日		
同上	△△	1 △△ 10 22 日	
備考			
7	ご記入のうえ被保険者から交付の申請がありましたので届出します。		
事業所所在地	千代田区△△1-1		
事業所名称	株式会社○○○○○○○○○○		
事業主氏名	健保 五郎		
電話番号	03-×××××××		
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄			
以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。			
MN認証 (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)	同時申込	受付日付印
協会使用欄は記入不要です。			
2 7 5 1 1 1 0 3	その他	1. その他 2. 禁煙者	(理由)
			枚数

(2026.11)

全国健康保険協会
協会けんは

1 / 1