資格確認書（再）交付申請書

対象	①資格喪失時に有効期限内の資格確認書を返却できない方 ②マイナンバーカード（マイナ保険証）を持っていない方、返納した方 ③マイナンバーカード（マイナ保険証）を持っているが、マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた方 ④マイナンバーカードを紛失した方 ⑤マイナンバーカード（マイナ保険証）での受診が困難な方

再交付年月日	健保記入欄	常務理事	事務長	課長	主任	係員
	令和　　年　　月　　日					

記号		番号		被保険者氏名		事業所	
				生年月日	年　　月　　日生	対象者氏名	

（再）交付が必要（該当するものに〇を付ける）	1.保険証を紛失・毀損したため	5.マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れのため
	2.マイナンバーカードを紛失したため	6.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
	3.マイナンバーカードの更新手続き中のため	7.資格確認書を紛失・毀損したため
	4.マイナンバーカードを返納したため	
再交付は不要（※）	資格喪失時返却不能	

（※）資格喪失時返却不能の場合は、再交付はされません。

いずれの場合も被保険者の始末書提出が必要です。

資格情報のお知らせの再交付が必要である場合は右欄に☑	□

上記の通り申請します。

申請年月日		令和　　年　　月　　日
被保険者	住所	
	氏名	

下記を確認の上、右の欄に☑をご記入ください。	確認欄
この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	□

事業主の証明	

ダイハツ系連合健康保険組合理事長　殿

2025.2改定