|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 担当者 |
|  |  |  |  |

**健康保険　資格確認書交付申請書**

**【本申請書を提出前にご確認ください】**

**◆令和７年１２月１日まで使用できる健康保険証をお持ちの方は、本申請を行うことはできません。**

**◆健康保険証や資格確認書を滅失された方は、「健康保険被保険者証・資格確認書 紛失届≪再交付不要≫」を**

**ご提出のうえ、マイナ保険証を使用していただくようお願いいたします。**

**マイナンバーカードをお持ちであれば、健康保険証利用登録はマイナポータルサイトをはじめ、医療機関の窓口にて非常に簡単に行うことができますので、本申請書の提出前にご検討いただきますようお願いいたします。**

**※在職中の方は、事業主経由でご提出ください（添付書類は不要ですが、下段の事業主の証明が必要です）。**

**※退職後に加入されている任意継続被保険者の方は、被保険者（本人）の写真付公的証明書の写し、または住民票原本（交付日から３ヶ月以内）を添付のうえ、直接当組合へご提出ください（下段の事業主の証明は不要です）。**

**※き損の場合は、き損した資格確認書（被保険者証）を添付してご提出ください。**

**※被保険者等の記号・番号は、不明な場合は記入不要です。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者等の | 記号 |  | | 被保険者氏名 |  | |
| 番号 |  | |
| 被保険者住所 | 〒 | | | | | |
| 被保険者の生年月日 | | | | 交付希望対象者 | | |
| 昭・平　　　年　　月　　日 | | | | □ 被保険者（本人）　□ 被扶養者（家族） | | |
| **申請理由（下記①～⑤選択）** | | | 交付対象者（本人・家族）氏名 | | | 生年月日 |
|  | | |  | | | 昭・平・令　　　年　　　月　　　日 |
|  | | |  | | | 昭・平・令　　　年　　　月　　　日 |
|  | | |  | | | 昭・平・令　　　年　　　月　　　日 |
| **申請理由【↑へ番号を記入（必須）※下記の理由以外での申請はできません。】**   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）のサポートが必要となるため** 4. **健康保険証を滅失・き損し、かつマイナ保険証を使用できないため（令和７年１２月1日まで）** 5. **資格確認書を滅失・き損し、かつマイナ保険証を使用できないため**   **④・⑤は、以下に紛失時期、場所、状況、事情等、詳細をわかりやすく記載してください。**      ▼以下に該当する方は、原則この申請書の提出は不要です。  （当組合にて以下の事実が確認でき次第、申請によらず交付します）  Ａ．KDDI健保加入時にマイナンバーカードを作っていない方  Ｂ．KDDI健保加入時に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方  Ｃ．マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れる方  Ｄ．マイナンバーカードを返納した方  Ｅ．資格確認書の有効期限が切れる方  Ｆ．マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を申請した方 | | | | | | |

|  |
| --- |
| 事　業　主　の　証　明  上記のとおり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  事業所名称  事業主氏名 |

(20250401改訂)

受　付　日　付　印

|  |  |
| --- | --- |
| 社会保険労務士記載欄 |  |