

# 健康保険 資格確認書(再)交付申請書

常務理事	事務長	課長	担当者

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報	記号 <b>900</b>	番号 .	フリガナ 氏名	生年月日 5 昭和 7 平成	年	月	日
	住所	〒					

対象者欄	対象者 (○で囲んでください)	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						
	被保険者	フリガナ 氏名	同上	生年月日	同上		申請理由 <input type="checkbox"/> 下記理由欄より選択して番号を必ず記入してください	
	被扶養者①	フリガナ 氏名		生年月日 5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記理由欄より選択して番号を必ず記入してください
	被扶養者②	フリガナ 氏名		生年月日 5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記理由欄より選択して番号を必ず記入してください
	被扶養者③	フリガナ 氏名		生年月日 5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記理由欄より選択して番号を必ず記入してください

理由欄	<p>1:マイナンバーカードを紛失したため</p> <p>2:マイナンバーカードの更新手続き中ため</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>5:マイナンバーカードを作っていないため</p> <p>6:マイナンバーカードを返納したため</p> <p>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</p> <p>8:資格確認書を滅失・き損したため</p>
-----	---

事業主欄	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
	電話番号

受付日付印
-------

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄
-----------------------

兵庫県建築健康保険組合

1. 原則下記の理由で資格確認書を交付することはできませんのでご注意ください。

①マイナ保険証を保有しているが念のため資格確認書を持っておきたい。

※マイナ保険証とは・・・健康保険証利用登録が完了したマイナンバーカードがマイナ保険証です。

②保育園等で園児が医療機関等を受診する際に備えるため。

③修学旅行等の学校行事等において児童が医療機関を受診する際に備えるため。

<①について資格確認書を交付しない理由>

法令上、資格確認書はマイナ保険証で医療機関を受診できない方に交付するものであるため。

※医療機関の受診時にマイナ保険証の利用が困難な方(要介護の高齢者や障害をお持ちの方など)は除く

<②、③について資格確認書を交付しない理由>

保護者に代わり保育士や学校教員等が児童を連れて医療機関等を受診する際は、保育士等の管理監督下のため、なりすましが起こることは想定され難いため例外的に下記の書類により受診が可能とされています。(保護者が児童を受診させる場合はマイナ保険証が必要)。

○マイナポータルに表示させる資格情報のPDFファイルをあらかじめダウンロードしたもの又はその印刷物

○資格情報のお知らせ又はその写し

マイナポータルで医療保険の資格情報画面を確認する方法	<p style="text-align: center;"><b>医療保険の資格情報画面</b></p> <p>医療保険の資格情報画面は、スマートフォンなどを用いてマイナポータルへアクセスすることで参照することが可能です。</p> <p style="text-align: center;">QRコードアクセス用 ↓</p>  <div data-bbox="810 936 1310 1413"><p style="text-align: right;">医療保険の資格情報 <span style="float: right;">[別添1]</span></p><p style="border: 1px solid red; padding: 2px; text-align: center; color: red;">この画面のみでは受診できません。マイナ保険証とあわせて医療機関等の受付に提示してください。</p><p style="text-align: right;">保存日時： 2024年2月6日 時点</p><table border="1"><tr><td>保 険 者 名</td><td>XXXX健康保険組合</td></tr><tr><td>保 険 者 番 号</td><td>00000000</td></tr><tr><td>記 号</td><td>1</td></tr><tr><td>番 号</td><td>00000</td></tr><tr><td>枝 番</td><td>00</td></tr><tr><td>氏 名</td><td>XX XX</td></tr></table><p>70歳以上の方又は後期高齢者医療の加入者</p><table border="1"><tr><td>一 部 負 担 金 割 合</td><td>—</td></tr><tr><td>有 効 期 限</td><td>—</td></tr></table><p><small>(注) マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合には、保存したPDFファイルをマイナ保険証とともに医療機関等の受付に提示することで受診いただけます。なお、70歳以上の方や後期高齢者医療の加入者の方は、表示されている有効期限の到来に伴い、一部負担金割合が変更になる場合がありますので、ご確認ください。</small></p></div>	保 険 者 名	XXXX健康保険組合	保 険 者 番 号	00000000	記 号	1	番 号	00000	枝 番	00	氏 名	XX XX	一 部 負 担 金 割 合	—	有 効 期 限	—
保 険 者 名	XXXX健康保険組合																
保 険 者 番 号	00000000																
記 号	1																
番 号	00000																
枝 番	00																
氏 名	XX XX																
一 部 負 担 金 割 合	—																
有 効 期 限	—																

※マイナンバーカード・電子証明書の更新につきましては、市区町村からの案内に従い速やかに対応頂きますようお願いいたします。