

提出先	任意継続被保険者 (記号: 198)	三菱地所健康保険組合へご郵送ください
	在職中の方	各社 社会保険担当窓口へご郵送ください

※ 修正の場合: 修正箇所を二重線で消し、正しい内容を記入してください (訂正印不要)

1

『資格情報のお知らせ』に記載の
記号・番号をご記入ください

※ 不明な場合は、空欄のままとし、
個人番号 (マイナンバー) は
記入しないでください

≪見本: 資格情報のお知らせ≫

資格情報のお知らせ

本人 (被保険者) 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日交付
三菱地所健康保険組合
保険者番号: 06135917

記号 〇〇 **番号** 〇〇〇〇 (枝番) 〇〇

氏名 〇〇〇〇

資格取得年月日 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

受診の際にはマイナ保険証が आवश्यकです

2

交付が必要な範囲をご選択ください

3

交付を希望する方が被扶養者の場合、
お名前・生年月日をご記入ください

4

再交付申請理由をご選択ください

※「滅失」の場合:
HP掲載の滅失届も必ずご提出ください

≪ホームページ掲載場所≫
三菱地所健康保険組合HP ⇒ 申請書一覧
⇒ 健康保険の資格・適用に関する書式
⇒ 資格確認書滅失届

※「2.き損」の場合:
き損した資格確認書を添付ください

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

	<input type="text" value="個人番号 (マイナンバー)"/>	<input type="text" value="個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。"/>
保険者情報	1 記号・番号	生年月日 1 昭和 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日 2 平成 〇 1 年 〇 4 月 〇 1 日 3 令和
	氏名	フリガナ ミツビシ タロウ 氏名 三菱 太郎
	郵便番号	1 〇 〇 × × × × 電話番号 × × × × × × × × × × × ×
	住所	東京都 千代田区大手町 〇 - 〇 - 〇
対象者	2 対象者	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 1 下記、理由より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名 三菱 花子 生年月日 2 昭和 〇 2 年 〇 2 月 〇 2 日 申請理由 8 下記、理由より必ず選択ください
	被扶養者②	フリガナ 氏名 生年月日 1 昭和 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日 申請理由 下記、理由より必ず選択ください
理由欄	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	
	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 記入不要 (事業主証明欄) 事業所名称 事業主氏名 電話番号
	社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	交付日付印

【注意】

『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ご返却ください。