

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

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇	生年月日 2 1 昭和 2 平成 3 令和 0 1 年 0 1 月 0 1 日
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		
	郵便番号	530-0005	電話番号	06-4560-1008
	住所	大阪 都 道 府 県 大阪府 大阪市北区中之島〇ー〇ー〇 〇〇マンション〇号室		

対象者欄	対象者	2 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 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ ケンポ ジロウ 氏名 健保 次郎 生年月日 3 1 昭和 0 3 平成 0 7 令和 0 1 日 申請理由 1 下記、理由欄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 申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者③	フリガナ 氏名 生年月日 申請理由 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	1 : マイナンバーカードの更新手続き中のため 2 : 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 3 : 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 4 : マイナンバーカードを作っていないため 5 : マイナンバーカードを返納したため 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
	資格確認書、マイナンバーカードを紛失した場合は本申請ではなく 「滅失・き損 兼 資格確認書(再)発行申請書」を提出してください。

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。	受付日付印
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号	※事業主記入欄	
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄		

◆提出先 在籍者：大阪本社 退職者：JAST健康保険組合

◆照会先 JAST健康保険組合

〒530-0005 大阪市北区中之島二丁目3番18号 中之島フェスティバルタワー28階

TEL : 06-4560-1008 E-mail : info@jastkenpo.or.jp

JAST健康保険組合(2025.12)