健康保険 資格確認書 交付申請書

資確

※記入方法等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、医療機関等においてオンライン資格確認を受けることができない場合に限り、ご使用ください。

被保険者情報

	記号（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
1 記号・番号			1.昭和 2.平成 3.令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日

個人番号（マイナンバー） 2	

左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号（マイナンバー）は記入しないでください。
記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。

3 氏名（カタカナ）	

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。

氏名	
郵便番号（ハイフン除く）	電話番号（左づめハイフン除く）
住所	都道府県

被保険者の氏名・住所など

交付対象者

対象者 4 □

1. 被保険者（本人）分のみ……「交付理由」をご記入ください。
2. 被扶養者（家族）分のみ……㋑欄に交付対象のご家族の情報および「交付理由」をご記入ください。
3. 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分……㋑欄に交付対象のご家族の情報および「交付理由」をご記入ください。

	氏名（カタカナ）	生年月日	6 交付理由
㋐被保険者	5 同上	同上	※該当する場合は☑を入れてください。 □ 以下のケースに該当するような、マイナ保険証を利用できない状況にあるため。 （例） ・マイナンバーカードを所持していない ・マイナ保険証の利用登録をしていない ・家族や介助者等が同行して資格確認を補助する必要がある ・その他事由による
㋑被扶養者 (1)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。	家族分は㋐の欄に 1.昭和 2.平成 3.令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日	
㋑被扶養者 (2)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。	1.昭和 2.平成 3.令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日	
㋑被扶養者 (3)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。	1.昭和 2.平成 3.令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日	
備考			

7 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

任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。

会社員は事業主欄が必要

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

受付日付印

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認（被保険者）	□ 1. 記入有（添付あり） 2. 記入有（添付なし） 3. 記入無（添付あり）	同時申請	□ 1. 資格取得	□ 1. 被扶養者異動届	
2 7 5 1 1 1 0 3		その他	□ 1. その他 2. 処理票	（理由）	枚数 □□

全国健康保険協会
協会けんぽ

（2026.6）

健康保険 資格確認書 交付申請書

資確

※記入方法等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、医療機関等においてオンライン資格確認を受けることができない場合に限り、ご使用ください。

被保険者情報

	記号（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8	3 2 1	1.昭和 2.平成 3.令和 4 0 年 0 4 月 0 8 日

個人番号（マイナンバー）	

⚠ 左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号（マイナンバー）は記入しないでください。
記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。

氏名（カタカナ）	ヤマダ タロウ
氏名	山田 太郎
郵便番号（ハイフン除く）	1 2 3 4 5 6 7
電話番号（左づめハイフン除く）	0 9 0 X X X X X X X X
住所	東京 都・道・府・県 新宿区〇〇 1-2-3 △△ハイツ101

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。

交付対象者

4 対象者：1

1. 被保険者（本人）分のみ……「交付理由」をご記入ください。
2. 被扶養者（家族）分のみ……㋑欄に交付対象のご家族の情報および「交付理由」をご記入ください。
3. 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分……㋑欄に交付対象のご家族の情報および「交付理由」をご記入ください。

	氏名（カタカナ）	生年月日
㋐被保険者	同上	同上
㋑被扶養者 (1)		1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日
㋑被扶養者 (2)		1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日
㋑被扶養者 (3)		1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日

(1)(2)(3)氏名（カタカナ）姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。

6 交付理由

※該当する場合は☑を入れてください。

☑ 以下のケースに該当するような、マイナ保険証を利用できない状況にあるため。

（例）
- マイナンバーカードを所持していない
- マイナ保険証の利用登録をしていない
- 家族や介助者等が同行して資格確認を補助する必要がある
- その他事由による

備考

7 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	東京都新宿区△△ 2-2
事業所名称	株式会社〇〇〇〇
事業主氏名	鈴木 一郎
電話番号	03-XXXX-XXXX

任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。

会社員は事業主が記入

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

受付日付印

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認（被保険者）	1. 記入有（添付あり） 2. 記入有（添付なし） 3. 記入無（添付あり）	同時申請	1. 資格取得	1. 被扶養者異動届	
2 7 5 1 1 1 0 3		その他	1. その他 2. 処理票	（理由）	枚数

全国健康保険協会 協会けんぽ

(2026.6)

健康保険 資格確認書 交付申請書

資確

※記入方法等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、医療機関等においてオンライン資格確認を受けることができない場合に限り、ご使用ください。

被保険者情報

	記号（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8	3 2 1	1（1.昭和 2.平成 3.令和） 4 0 年 0 4 月 0 8 日

個人番号（マイナンバー）	

⚠ 左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号（マイナンバー）は記入しないでください。
記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。

氏名（カタカナ）	ヤマダ タロウ

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。

氏名	山田 太郎
郵便番号（ハイフン除く）	1 2 3 4 5 6 7
電話番号（左づめハイフン除く）	0 9 0 X X X X X X X X
住所	東京（都 道 府 県） 新宿区〇〇 1-2-3 △△ハイツ101

交付対象者

対象者 4 [2]

1. 被保険者（本人）分のみ……「交付理由」をご記入ください。
2. 被扶養者（家族）分のみ……㋑欄に交付対象のご家族の情報および「交付理由」をご記入ください。
3. 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分……㋑欄に交付対象のご家族の情報および「交付理由」をご記入ください。

	氏名（カタカナ）	生年月日	交付理由
㋐被保険者	5 同上	同上	※該当する場合は☑を入れてください。
㋑被扶養者 (1)	ヤマダ イチロウ	3（1.昭和 2.平成 3.令和） 0 3 年 0 7 月 1 5 日	☑
㋑被扶養者 (2)		1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	
㋑被扶養者 (3)		1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	

交付が必要な家族の氏名と生年月日

以下のケースに該当するような、マイナ保険証を利用できない状況にあるため。

（例）
・マイナンバーカードを所持していない
・マイナ保険証の利用登録をしていない
・家族や介助者等が同行して資格確認を補助する必要がある
・その他事由による

備考	

7 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	東京都新宿区△△ 2-2
事業所名称	株式会社〇〇〇〇
事業主氏名	鈴木 一郎
電話番号	03-XXXX-XXXX

任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。

会社員は事業主が記入

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

受付日付印

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認（被保険者）	1. 記入有（添付あり） 2. 記入有（添付なし） 3. 記入無（添付あり）	同時申請	1. 資格取得	1. 被扶養者異動届	
2 7 5 1 1 1 0 3		その他	1. その他 2. 処理票	（理由）	枚数

全国健康保険協会 協会けんぽ

(2026.6)

健康保険 資格確認書 交付申請書

資確

※記入方法等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、医療機関等においてオンライン資格確認を受けることができない場合に限り、ご使用ください。

被保険者情報

	記号（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8	3 2 1	1（1.昭和 2.平成 3.令和） 4 0 年 0 4 月 0 8 日
個人番号（マイナンバー）			⚠ 左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号（マイナンバー）は記入しないでください。記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。
氏名（カタカナ）	ヤマダ タロウ		
氏名	山田 太郎		
郵便番号（ハイフン除く）	1 2 3 4 5 6 7	電話番号（左づめハイフン除く）	0 9 0 X X X X X X X X
住所	東京 都・道・府・県	新宿区〇〇 1-2-3 △△ハイツ101	

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。

交付対象者

対象者 4 → 3

1. 被保険者（本人）分のみ……「交付理由」をご記入ください。
2. 被扶養者（家族）分のみ……㋑欄に交付対象のご家族の情報および「交付理由」をご記入ください。
3. 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分……㋑欄に交付対象のご家族の情報および「交付理由」をご記入ください。

	氏名（カタカナ）	生年月日	交付理由
㋐被保険者	5 同上	同上	※該当する場合は☑を入れてください。 ☑
㋑被扶養者 (1)	ヤマダ ハナコ	1（1.昭和 2.平成 3.令和） 4 2 年 1 0 月 2 0 日	以下のケースに該当するような、マイナ保険証を利用できない状況にあるため。
㋑被扶養者 (2)	ヤマダ イチロウ	3（1.昭和 2.平成 3.令和） 0 3 年 0 7 月 1 5 日	（例）・マイナンバーカードを所持していない ・マイナ保険証の利用登録をしていない ・家族や介助者等が同行して資格確認を補助する必要がある ・その他事由による
㋑被扶養者 (3)		（1.昭和 2.平成 3.令和） 年 月 日	

家族は人数分（3人まで）

備考

7 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	東京都新宿区△△ 2-2
事業所名称	株式会社〇〇〇〇
事業主氏名	鈴木 一郎
電話番号	03-XXXX-XXXX

任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。

会社員は事業主が記入

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

受付日付印

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認（被保険者）	1. 記入有（添付あり） 2. 記入有（添付なし） 3. 記入無（添付あり）	同時申請	1. 資格取得	1. 被扶養者異動届	
2 7 5 1 1 1 0 3		その他	1. その他 2. 処理票	（理由）	枚数

全国健康保険協会 協会けんぽ

（2026.6）

健康保険 資格確認書 交付申請書

資確

※記入方法等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、医療機関等においてオンライン資格確認を受けることができない場合に限り、ご使用ください。

被保険者情報

	記号（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8	3 2 1	1（1.昭和 2.平成 3.令和） 4 0 年 0 4 月 0 8 日

個人番号（マイナンバー）	

左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号（マイナンバー）は記入しないでください。
記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。

氏名（カタカナ）	ヤマダ タロウ 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。
氏名	山田 太郎
郵便番号（ハイフン除く）	1 2 3 4 5 6 7
電話番号（左づめハイフン除く）	0 9 0 X X X X X X X X
住所	東京 都 道 府 県 新宿区〇〇 1-2-3 △△ハイツ101

交付対象者

対象者 4：3

1. 被保険者（本人）分のみ……「交付理由」をご記入ください。
2. 被扶養者（家族）分のみ……㋑欄に交付対象のご家族の情報および「交付理由」をご記入ください。
3. 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分……㋑欄に交付対象のご家族の情報および「交付理由」をご記入ください。

	氏名（カタカナ）	生年月日
㋐被保険者	同上	同上
㋑被扶養者 (1)	ヤマダ ハナコ	1（1.昭和 2.平成 3.令和） 4 2 年 1 0 月 2 0 日
㋑被扶養者 (2)		年 月 日
㋑被扶養者 (3)		年 月 日
備考		

6 交付理由

※該当する場合は☑を入れてください。

☑ 以下のケースに該当するような、マイナ保険証を利用できない状況にあるため。

（例）
- マイナンバーカードを所持していない
- マイナ保険証の利用登録をしていない
- 家族や介助者等が同行して資格確認を補助する必要がある
- その他事由による

7 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

任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。

任意継続は事業主欄を書かない

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

受付日付印

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認（被保険者）	1. 記入有（添付あり） 2. 記入有（添付なし） 3. 記入無（添付あり）	同時申請	1. 資格取得	1. 被扶養者異動届	
2 7 5 1 1 1 0 3		その他	1. その他 2. 処理票	（理由）	枚数

全国健康保険協会 協会けんぽ

(2026.6)