

## 健康保険 資格確認書 交付申請書

有効期限 更新用

様式E

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
| ご注意 | 以下条件に該当する場合のみ、本申請書をお使いください<br><input checked="" type="checkbox"/> 「資格確認書」の有効期限が残り3ヶ月未満となり、有効期限の更新を希望する方<br>※ 更新後の有効期限は、更新日から1年となります。(例 更新日:令和7年12月31日 → 有効期限:令和8年12月30日)<br>※ 申請時点で、有効期限が3ヶ月以上ある方は受付できません。<br>※ 有効期限を過ぎた「資格確認書」は、ご自身で破棄してください。健保への返却は不要です。<br>※ マイナンバーカードへの[健康保険証の利用登録]がお済みの場合、「資格確認書」の更新はできません。 |  |  |
|     |  |  |  |

|                    |                    |  |                       |            |
|--------------------|--------------------|--|-----------------------|------------|
| 被保険者<br>(本人)<br>情報 | 記号・番号              | 記号(左づめ) 番号(左づめ)                            | ※本人と家族の<br>記号・番号は同じです | 生年月日       |
|                    | 被保険者(従業員)<br>氏名    | フリガナ                                       |                       |            |
|                    | 勤務先職場<br>(任継の方は除く) | ※所属先までご記入ください(送付の際、確認のため使用させていただく場合がございます) |                       |            |
|                    | 郵便番号               | □□□□□                                      | 電話番号(左づめ)<br>※日中連絡先   | □□□□□□□□□□ |
|                    | 住所                 | 都 道<br>府 県                                 |                       |            |

|                |             |            |  |                                |
|----------------|-------------|------------|--|--------------------------------|
| 交付を希望する<br>対象者 | 対象者         | □          | 1 被保険者(本人)分のみ<br>2 被扶養者(家族)分のみ<br>3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分 |                                |
|                | 被保険者<br>氏名  | フリガナ<br>同上 | 生年月日<br>同上   | 申請理由<br>□ 下記、理由欄より<br>必ず選択ください |
|                | 被扶養者①<br>氏名 | フリガナ<br>同上 | 生年月日<br>□ 1 昭和 □□□ 年 □□□ 月 □□□ 日                         | 申請理由<br>□ 下記、理由欄より<br>必ず選択ください |
|                | 被扶養者②<br>氏名 | フリガナ<br>同上 | 生年月日<br>□ 1 昭和 □□□ 年 □□□ 月 □□□ 日                         | 申請理由<br>□ 下記、理由欄より<br>必ず選択ください |
|                | 被扶養者③<br>氏名 | フリガナ<br>同上 | 生年月日<br>□ 1 昭和 □□□ 年 □□□ 月 □□□ 日                         | 申請理由<br>□ 下記、理由欄より<br>必ず選択ください |

&lt;理由欄(該当する番号を「申請理由」欄に記載ください)&gt;

1 : マイナ保険証を今後も利用する予定がないため

[マイナ保険証を今後利用する予定がある方 は 2~5の該当する番号を記載ください]

2 : マイナンバーカードの交付申請ができていないため (海外出向者で失効の場合も含む)

3 : マイナンバーカードの交付申請は行ったが、マイナンバーカードが届いていないため

4 : マイナンバーカードは持っているが、[健康保険証の利用登録] ができないため

5 : マイナンバーカードは持っているが、[電子証明書の有効期限更新] ができないため

健保受付印

【本申請書(様式E)は、健保へ直接送付してください。従業員の方は人事への提出不要です。】

2025.10.16作成

■社内便宛先 → [区分] 健保 [部署] 医療保険室 資格認定G

■郵送宛先 → 〒471-0832 豊田市丸山町6-22 トヨタ健保 資格認定G宛