

常務理事	事務長	担当者

別シート「記号-番号の確認方法」をご参照願います。

健康保険 資格確認書(再)交付申請書

被保険者等 記号・番号	記号 1	番号 — 12345	事業所 (勤務先) の名称 大和ハウス工業株式会社
被保険者の 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		
交付希望 対象者	本人 ☒ 家族 (氏名: 健保 花子 分) ☐ 生年月日 昭和 平成 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日		
理由欄	※該当する番号に○をしてください 1. マイナンバーカードを紛失した為 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		
上記により交付をお願いします。 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 大和ハウス工業健康保険組合理事長殿			

「本人」もしくは「家族」に○をして、生年月日をご記入願います。
※家族の場合は対象者の氏名もご記入願います。

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	事業主記入欄
事業所名称	
事業主氏名	

事業主にて記入が必要です。事業所の担当者へ届け出てください。

受付日付印

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

※任意継続(記号901)又は特例退職(記号905)の方は身分証明書のコピーも添付願います。

記号－番号の確認方

健康保険の記号と番号の確認方法は、以下の通りです。

- DG-CORE の「人事記録確認」で確認
- 「資格情報のお知らせ(Pep Up)」で確認
- 「マイナ保険証(マイナポータル)」確認
- 「資格確認書」で確認

いずれの方法でも確認ができない場合は、会社の人事部へご確認ください。

DG-CORE の「人事記録確認」で確認する方法

人事記録確認

確認完了

2026年度 人事記録確認

あなたの人事記録は下記のとおり登録されています。

注意事項を必ず読み、登録内容の確認作業を行ってください。

I. 個人記録 注意事項 (必須)

所属情報

所属:
氏名: 従業員番号:
役職: 資格級:
部門: 職種:
入社年月日: 入社区分:
4/1勤続年数: 4/1年齢:
従業員区分: 本人出身地:
生年月日: 性別:
障がい者区分: 障がい者手帳有効期限:

各種情報

内線番号:
外線番号:
電子メール:
FAX番号:
基礎年金番号:
企業年金基金加入者番号:
DC加入者口座番号:
持株Webログイン初期パス:
ワード

あなたの
記号－番号が
確認できます

氏名

氏名 (ローマ字) はこの画面より直接入力してください (登録必須)

氏名:

氏名 (カナ):

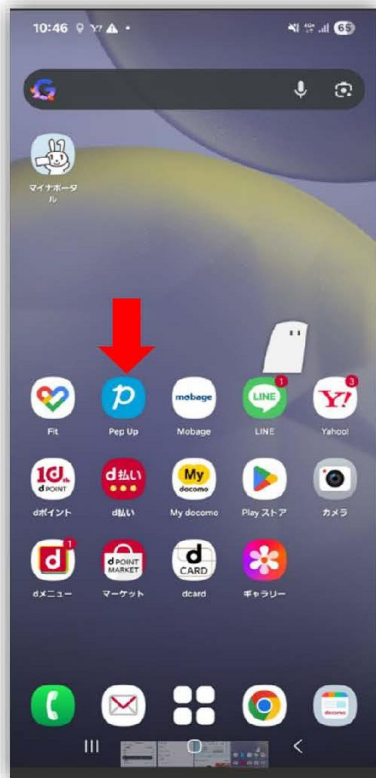
健康保険 記号:

健康保険 番号:

「資格情報のお知らせ(Pep Up)」で確認する方法

※マイナ保険証登録の有無に関わらず

①Pep Up アプリをタップ



②それをタップ



③資格情報のお知らせをタップ



④資格情報のお知らせの赤矢印の箇所に
記号・番号が掲載されています。



「マイナ保険証(マイナポータル)」確認する方法

※マイナ保険証登録をされている方

1. 「マイナ保険証」(マイナポータルから閲覧)・・・マイナ保険証登録をされている方

①マイナポータルをタップ



②登録・ログインをタップ



③電子証明書パスワード(数字4桁)を入力



④スマホにマイナカードを密着させる



⑤証明書の健康保険証をタップ

⑥下へスクロール



⑦資格情報の赤矢印の箇所に記号・番号が掲載されています。

区分
一般

記号
■ [コピー](#)

番号
■■■■■■■■■■ [コピー](#)

枝番
■ [コピー](#)

フリガナ
■■■■■■■■■■

氏名
■■■■■■■■■■

生年月日
昭和■■年■■月■■日

性別
男

資格取得年月日
昭和■■年■■月■■日

「資格確認書」で確認する方法

※マイナ保険証登録をされていない方

表面の赤枠の箇所に記号・番号が記載されています。

(裏 面)		(表 面)																															
備考 ※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。 1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のみならず、移植の為に臓器を提供します。 2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。 3. 私は、臓器を提供しません。 ※1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。 【 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球 】 〔特記欄： 〕 署名年月日： 年 月 日 本人署名（自筆）： _____ 家族署名（自筆）： _____		〇〇都道府県国民健康保険資格確認書 有効期限 年 月 日 <table border="1"><thead><tr><th>記 号</th><th>番 号</th><th>姓 名</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>氏 名</td><td></td><td></td></tr><tr><td>生 年 月 日</td><td></td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>適用開始年月日</td><td></td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>交付年月日</td><td></td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>一部負担金の割合</td><td></td><td></td></tr><tr><td>世帯主氏名</td><td></td><td></td></tr><tr><td>生 所</td><td></td><td></td></tr><tr><td>保険者番号並びに交付者の名称及び印</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		記 号	番 号	姓 名				氏 名			生 年 月 日		年 月 日	適用開始年月日		年 月 日	交付年月日		年 月 日	一部負担金の割合			世帯主氏名			生 所			保険者番号並びに交付者の名称及び印		
記 号	番 号	姓 名																															
氏 名																																	
生 年 月 日		年 月 日																															
適用開始年月日		年 月 日																															
交付年月日		年 月 日																															
一部負担金の割合																																	
世帯主氏名																																	
生 所																																	
保険者番号並びに交付者の名称及び印																																	