

常務理事	事務長	担当

健康保険資格確認書 再交付申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証等	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇〇	生年月日 〇〇年 〇月 〇日
	個人番号 12桁 (マイナンバー)	記号番号／個人番号 のいずれかを記載		
	フリガナ	トウキョウ テツオ		
	氏名	東京 鉄男		
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇〇〇 1-2-3		

申請書受付および入金確認 ➡ 再交付

再交付1枚につき手数料が1,000円かかります。

入金確認後の再交付となります。振込先口座は健康保険組合または健保担当者まで問い合わせください。

※再交付費用について、現金の受付は行っておりません。

再 交 付 す る 方	☐ 被保険者		再交付の理由	
			☐ 滅失 ☐ き損 ☐ その他	
	☒ 被扶養者		再交付の理由	
	(氏名) 東京 花子	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	57年 5月 15日	☒ 滅失 ☐ き損 ☐ その他
	(氏名)	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 滅失 ☐ き損 ☐ その他
	(氏名)	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 滅失 ☐ き損 ☐ その他
届出の事由 外出先でかばんごと紛失した				

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から健康保険資格確認書の再交付申請がありましたので、届出いたします。		健康保険組合使用欄
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		

※ご不明な点がございましたら健康保険組合（Tel 0285-28-1159）までお問い合わせください。