

〔健保組合記入欄〕

常務理事	事務長	係		[手数料/資格確認書]	(備考)
				500円 × 枚 = 円	

健康保険 資格確認書等再交付申請書

* 「資格確認書」の再交付には1枚につき500円の手数料がかかります。(罹災、盗難、氏名変更を除く)
 なお、再交付後は理由に係わらず手数料の返金はいたしません。
 * 再交付には時間を要しますので予めご了承ください。

被保険者情報	記号・番号	記号(右詰め) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	番号(右詰め) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/>
	氏名(自署)	フリガナ _____			
	住民票住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都 道 府 県			

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 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	続柄	再交付証種類別	申請理由
		同上	本人	<input type="checkbox"/> 下記、種別欄より選択してください	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より選択してください
		[健保記入欄] 再交付前有効期限:		再交付後有効期限:	要手数料 <input type="checkbox"/>
被扶養者①	被扶養者①	フリガナ氏名	続柄	再交付証種類別	申請理由
				<input type="checkbox"/> 下記、種別欄より選択してください	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より選択してください
		[健保記入欄] 再交付前有効期限:		再交付後有効期限:	要手数料 <input type="checkbox"/>
被扶養者②	被扶養者②	フリガナ氏名	続柄	再交付証種類別	申請理由
				<input type="checkbox"/> 下記、種別欄より選択してください	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より選択してください
		[健保記入欄] 再交付前有効期限:		再交付後有効期限:	要手数料 <input type="checkbox"/>
被扶養者③	被扶養者③	フリガナ氏名	続柄	再交付証種類別	申請理由
				<input type="checkbox"/> 下記、種別欄より選択してください	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より選択してください
		[健保記入欄] 再交付前有効期限:		再交付後有効期限:	要手数料 <input type="checkbox"/>

種別欄	1 : 資格確認書 2 : 高齢受給者証 3 : 限度額適用認定証 4 : 特定疾病療養受療証
	5 : 資格情報のおしらせ(※) 6 : その他()
※「5」: スマホ等をお持ちの方はマイナポータル【医療保険の資格情報】画面で代用可能のため、再交付申請は不要です。	

理由欄	1 : 滅失 2 : き損 3 : 氏名変更 4 : その他()
	※「1:滅失」及び「2:き損」の場合は、別途「滅失・き損届」が必要です。また、き損の場合は旧証原本も必ず添付してください。

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。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

..... 受付日付印