

太枠内をご記入下さい。

健康保険

資格確認書 (再) 交付申請書

令和 6 年 12 月 20 日 提出

この届書を健康保険組合へ提出する日を記入します。

健康欄	常務理事	事務長	経 理	適用

受付年月日

事業主記載欄

事業所所在地 〒 550 - 0021
大阪府大阪市西区川口●-●

事業所名称 西プラ工業株式会社

事業主氏名 工業 太郎

電話番号 06 (●●●●) ●●●●

健康保険被保険者記号・番号を右詰めで記入します。

被保険者から当組合へ再交付手数料を振り込んだ日を記入します。

該当する番号を選択し記入します。

紛失による資格確認書の再交付において、資格確認書の取扱いに注意すると共に、今回紛失した資格確認書により保険給付事故等が発生した場合は事業主において解決の責任を負います。また、後に被保険者より見つかった資格確認書が返納された場合は、速やかに健康保険組合へ返納いたします。

被保険者	記号	番号	フリガナ氏名	ケンポ	タロウ	生年月日
	●	●	健保	太郎		5 1 1 2 0 昭和 平成 令和

対象者	該当する番号を選択ください。	手数料振込日
	3	令和 0 6 年 1 2 月 1 日

対象者欄	被保険者	フリガナ氏名	同上	生年月日	同上	申請理由	組合記入欄
	被扶養者	フリガナ氏名	ケンポ ハナコ	生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和 1 6 年 0 7 月 1 日	9	以下理由欄より必ず選択ください。
	被扶養者	フリガナ氏名		生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和		以下理由欄より必ず選択ください。

理由欄	提出理由	手数料	申請手続等
	1	マイナンバーカードを作っていないため	不要
	2	マイナンバーカードを返納したため	不要
	3	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	要
	4	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	不要
	5	マイナンバーカードを紛失したため	要
	6	マイナンバーカードの更新手続き中のため	不要
	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	要
	8	マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請後から解除がなされるまでの間(1~2カ月程度)に当組合に異動したため	要
	9	資格確認書を紛失したため	要
	10	資格確認書が毀損したため	不要
	11	盗難・強盗等のため	不要
12	火災・天災等のため	不要	

再交付手数料振込先	銀行名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	りそな銀行	大阪営業部	普通	5117758	西日本プラスチック工業健康保険組合

- 再交付手数料は必ず被保険者名義で、再交付を希望する資格確認書1枚につき1,000円(振込手数料は振込人負担)を振込ください。
- 再交付手数料を振込後は、いかなる理由(例:紛失後見つかった)であっても返金できませんのでご注意ください。
ただし、再交付手数料が不要の理由で誤って振込してしまった場合は、振込手数料を差し引いた金額を返金いたします。
- 再交付後に旧資格確認書が見つかった場合は、旧資格確認書を健保組合へ必ずご返却ください。
- マイナ保険証の取得や切り替えにご協力お願いいたします。

2025.1改訂

(組合記入欄)

資格確認書再交付手数料領収書

様

¥

(領収印無は無効)

上記金額正に領収いたしました。
西日本プラスチック工業健康保険組合