

常務理事	事務長	担当

## 健康保険 資格確認書 再交付申請書

※この申請書は、有効期限内に資格確認書を紛失し、再交付を希望する方向けの申請書です。  
有効期限の延長はいたしません。

【記入する前に必ずお読みください】

- ★資格確認書を紛失・き損し、再交付する場合は有料になります。但し、盗難（警察署に被害届を提出して申請書に必要事項を記入している場合に限る）、または被災による再交付の場合は、再交付料が免除されます。
- ★再交付料は、再交付する資格確認書1枚につき1,000円です。
- ★振込み後は理由を問わず返金は出来ません。
- ★納付方法：被保険者名義で健保の口座へ振込をお願いします（振込手数料は各自負担）。振込以外の方法で納付は出来ません。銀行・支店・名義等は以下のとおりです。  
口座番号はお電話にてご確認ください。0120-501-042（音声ガイド「4」） 平日10:00-12:30 13:30-16:00

《三菱UFJ銀行 東京営業部 普通預金 名義：リクルート健康保険組合》

- ★再交付の手順
  1. 指定口座へ再交付料を振込みをする（盗難または被災による免除に該当する場合は不要）
  2. 再交付申請書に必要事項を記入の上、ATM等の振込みの場合は控のコピー、インターネットからの振込みは完了画面を印刷し、この用紙左上にホチキス留めをして、各社の担当者へ提出する
  3. 各社から健保へ提出され、健保で再交付後、会社より被保険者へ渡されます

【以下の太枠内をご記入ください。】

被保険者情報	健康保険の 記号・番号	記号	番号	枝番	事業所の名称	社名
	被保険者の 氏名					被保険者の 生年月日

申請内容	再交付対象者	該当者に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください。				
		<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)		<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)		
		被扶養者(家族) の氏名		被扶養者 (家族)の 生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和	
	被扶養者(家族) の氏名		被扶養者 (家族)の 生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和		
申請理由 (該当する理由の左欄に○をつけて、右欄の事項を記入してください)	紛失	紛失したことが分かった日付	平成 ・ 令和 年 月 日			
	き損	き損の状況				
	盗難	被害届を提出した警察署	警察署名: 電話番号:	受付年月日: 受付番号:		

上記の通り提出いたします。 令和 年 月 日

郵便番号 〒	
事業主 住所 名称 氏名	
社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

( 受付日付 )