

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号(左つめ) <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	番号(左つめ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
	氏名	フリガナ ----- -----			
	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>	
	住所	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 同上	生年月日 同上	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください

理 由 欄	1 : マイナンバーカードを紛失したため 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 9 : 盗難 被害届を提出した警察署(<input type="text"/> 警察署・ 受付日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日・ 受付番号 <input type="text"/>)		
-------------	--	--	--

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

【手続き方法】

- 資格確認書交付申請書を記載のうえ、事業所の健保事務担当者経由で健康保険組合へお送りください。
- 再交付には、1枚につき1,000円の再交付手数料が発生します。
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り)、および被災による再交付、経年劣化等(健康保険組合が認めたもの)の場合は、再交付料は免除いたします。
- 事業所備え付の当組合専用振込用紙(納入告知書)で肥後銀行指定口座へお振込みをしてください。
なお、振込名義人は『被保険者氏名 記号・番号』でご記入ください。
専用振込用紙以外でお振込みの場合、振込手数料は被保険者負担となります。又、振込みの領収書(原本)を資格確認書交付申請書に添付してください。
- 新しい資格確認書の交付は、入金確認後となります。
- 新しい資格確認書を受け取るまでに医療機関にかかる場合は、一旦自費で支払っていただき、後日、療養費支給申請書に診療報酬明細書(原本)と領収書(原本)を添え、事業所の健保事務担当者経由で健康保険組合へご請求ください。
- 紛失した(発見した)資格確認書が見つかった場合でも、再交付手数料はお返しできませんので、ご了承ください。

常務	事務長	担当