

健康保険 資格確認書 再交付申請書 兼 滅失届

九電工健康保険組合 理事長 殿

提出日	令和		年		月		日
-----	----	--	---	--	---	--	---

被保険者欄	記号・番号	(記号)	(番号)																
	所属事業所 社員番号	(会社名)				(支店・営業所・部門名)								(社員番号)					
	氏名	(フリガナ)				生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成		年		月		日		性別	☐ 男 ☐ 女			
		(氏)					(名)												
住民票の住所		〒														—			

※対象者を全員記入してください。

被保険者	続柄	本人	再交付 必要の有無	☐ 必要 ☐ 不要	再交付 申請の理由	☐ 紛失 ☐ 毀損										
------	----	----	--------------	--	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被扶養者 1	氏名	(フリガナ)				生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日		性別	☐ 男 ☐ 女
	(氏)				(名)											
続柄		再交付 必要の有無	☐ 必要 ☐ 不要	再交付 申請の理由	☐ 紛失 ☐ 毀損											

被扶養者 2	氏名	(フリガナ)				生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日		性別	☐ 男 ☐ 女
	(氏)				(名)											
続柄		再交付 必要の有無	☐ 必要 ☐ 不要	再交付 申請の理由	☐ 紛失 ☐ 毀損											

被扶養者 3	氏名	(フリガナ)				生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日		性別	☐ 男 ☐ 女
	(氏)				(名)											
続柄		再交付 必要の有無	☐ 必要 ☐ 不要	再交付 申請の理由	☐ 紛失 ☐ 毀損											

<誓約事項>

- 資格確認書の保管及び取扱いには十分留意し、再び紛失及び毀損することのないようにいたします。
- 紛失した資格確認書により健康保険組合に損害を及ぼす場合は、私が損害賠償の責を負います
- 紛失した資格確認書を発見したときは、再交付された資格確認書をすみやかに健康保険組合に返却いたします。

九電工健康保険組合 理事長 殿

被保険者住所

令和 年 月 日

被保険者氏名

【再交付手数料・振込先口座】

■資格確認書の「紛失」による再交付の場合のみ、1枚につき1,000円の再交付手数料が必要です。

〔振込先口座〕

福岡銀行 渡辺通支店

普通預金 954472 九電工健康保険組合

※振込手数料は各自負担

【添付書類】

■資格確認書の「紛失」による再交付の場合

・交付手数料を送金時の明細(コピー可)を裏面に貼付。

※インターネットバンキングによる送金の場合は、「依頼人名」「送金日」「送金額」が記載されたページのコピー

■資格確認書の「毀損」による再交付の場合

・毀損した資格確認書

※添付できない場合は、「紛失」と同様の取扱いとなり、再交付手数料が必要

事業所担当者名・ 受付日の記入又は 押印	受付日:令和 年 月 日
----------------------------	--------------

社会保険労務士 確認欄

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

健保組合 受付印

--