

## 健康保険 資格確認書 再交付申請書 兼

実際に事業所へ提出日する日  
を記入してください。

九電工健康保険組合 理事長 殿

提出日

令和

年

月

日

|                       |                               |                  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |      |                                                                       |   |   |   |    |                                                                     |  |  |
|-----------------------|-------------------------------|------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|------|-----------------------------------------------------------------------|---|---|---|----|---------------------------------------------------------------------|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | 記号・番号                         | (記号)             | (番号) |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |      |                                                                       |   |   |   |    |                                                                     |  |  |
|                       | 所属事業所<br>社員番号                 | (会社名)<br>株式会社●●● |      |  |  |  |  |  |  |  |  | (支店・営業所・部門名)<br>▲▲支店 |    |  |  |  |  |  |  |  |  | (社員番号)<br>987654 |      |                                                                       |   |   |   |    |                                                                     |  |  |
|                       | 氏名                            | (フリガナ)           | キウコウ |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | 知ウ |  |  |  |  |  |  |  |  |                  | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 | 年 | 月 | 日 | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |  |  |
|                       |                               | (氏)              | 九工   |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | 太郎 |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |      |                                                                       |   |   |   |    |                                                                     |  |  |
| 住民票の住所                | 〒 000 - 0000<br>●●市▲▲区■1-11-1 |                  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |      |                                                                       |   |   |   |    |                                                                     |  |  |

※対象者を全員記入してください。

|                  |    |    |              |                                                                       |              |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|----|----|--------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 続柄 | 本人 | 再交付<br>必要の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 必要<br><input type="checkbox"/> 不要 | 再交付<br>申請の理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 紛失<br><input type="checkbox"/> 毀損 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|----|----|--------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|                       |    |               |     |      |                                                                                           |   |   |   |    |                                                          |    |              |                                                            |              |                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|----|---------------|-----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|----|----------------------------------------------------------|----|--------------|------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>1 | 氏名 | (フリガナ)<br>(氏) | (名) | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 続柄 | 再交付<br>必要の有無 | <input type="checkbox"/> 必要<br><input type="checkbox"/> 不要 | 再交付<br>申請の理由 | <input type="checkbox"/> 紛失<br><input type="checkbox"/> 毀損 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |    |               |     |      |                                                                                           |   |   |   |    |                                                          |    |              |                                                            |              |                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                       |    |               |     |      |                                                                                           |   |   |   |    |                                                          |    |              |                                                            |              |                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|----|---------------|-----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|----|----------------------------------------------------------|----|--------------|------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>2 | 氏名 | (フリガナ)<br>(氏) | (名) | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 続柄 | 再交付<br>必要の有無 | <input type="checkbox"/> 必要<br><input type="checkbox"/> 不要 | 再交付<br>申請の理由 | <input type="checkbox"/> 紛失<br><input type="checkbox"/> 毀損 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |    |               |     |      |                                                                                           |   |   |   |    |                                                          |    |              |                                                            |              |                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                       |    |               |     |      |                                                                                           |   |   |   |    |                                                          |    |              |                                                            |              |                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|----|---------------|-----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|----|----------------------------------------------------------|----|--------------|------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>3 | 氏名 | (フリガナ)<br>(氏) | (名) | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 続柄 | 再交付<br>必要の有無 | <input type="checkbox"/> 必要<br><input type="checkbox"/> 不要 | 再交付<br>申請の理由 | <input type="checkbox"/> 紛失<br><input type="checkbox"/> 毀損 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |    |               |     |      |                                                                                           |   |   |   |    |                                                          |    |              |                                                            |              |                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## &lt;誓約事項&gt;

- 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

●●市▲▲区■1-11-1

令和 ●●年 ●●月 ●●日

被保険者氏名

九工 太郎

## 【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・<br>受付日の記入又<br>は押印 | 受付日:令和 ●●年 ●●月 ●●日  |
|                            | 担当者名 または 担当者<br>日付印 |
| 社会保険労務士 確認欄                |                     |
| 必要に応じて、社会保険労務士 記載          |                     |

|        |     |     |
|--------|-----|-----|
| 健康保険組合 |     |     |
| 常務理事   | 事務長 | 担 当 |
|        |     |     |

健保組合 受付印