

## 健康保険 資格確認書紛失届兼再交付申請書

再交付を希望する場合、本届を健保組合で受理した時点で手数料が発生しますので提出前に今一度よくお探しください。

池田泉州銀行健康保険組合 御中

令和 年 月 日

被保険者	記号・番号	一		氏名	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	所 属	
現住所	〒				日中の連絡先（内線・携帯番号等）

### 資格確認書紛失届

紛失・汚損した者 ※汚損した場合は資格確認書 を添付してください。	氏名	生年月日		再交付希望 ※「要」の場合、下段「資格確認 書再交付申請書」の記入必須
	被保険者本人	同上		要・不要
	被扶養者	昭和・平成 令和	年 月 日	要・不要
被扶養者	昭和・平成 令和	年 月 日	要・不要	
※紛失した経緯について、詳しく記入してください。 警察署に届出をしている場合は、受理番号を記入してください。				
※紛失した場合は警察へ届け出してください。				

マイナ保険証が利用できる場合、再交付申請書は不要ですので、この機会にマイナ保険証への切り替えをご検討ください。

### 資格確認書再交付申請書

再交付を希望する者 ※再交付理由記入必須	氏名	生年月日		以下の【再交付理由】 ①か②の該当する方に○
	被保険者本人	同上		1 2
	被扶養者	昭和・平成 令和	年 月 日	1 2
	被扶養者	昭和・平成 令和	年 月 日	1 2
	【振込先】 池田泉州銀行 池田営業部 普通預金 No.1104298			
【再交付理由】	① 資格確認書を紛失、汚損した ※再交付理由①の場合は交付手数料1,000円を徴収します。振込みのみ。（振込手数料は自己負担） ② 資格確認書の有効期限までにマイナンバーカードの更新手続きができない ※更新手続きができない理由について記入してください。			

### 事業主欄

### 健保組合欄

上記のとおり被保険者から健康保険資格確認書紛失および再交付の報告がありましたので届出いたします。	常務理事	事務長	課長	課長
事業所所在地				
事業所名称	担当			
事業主氏名				
電話番号	受付年月日			