

常務理事	事務長	グループ長	担当者

資格確認書再交付申請書

【 マイナ保険証で受診する場合は申請不要です 】

被保険者	記号	番号	氏名	性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者の住所	〒 -			該当者氏名				続柄		

申請理由 (該当の番号に○を付けてください)	紛失	1 紛失した 2 破棄した 3 その他 ( )
	劣化	4 記載事項が読み取れない (資格確認書を添付)
	盗難	5 盗まれた (警察への届出 済・未 )

太枠内に○をつけた方

資格確認書を紛失・毀損により再交付を受ける場合は  
**再交付料として1枚につき1000円ご負担いただきます。**

- 振込手数料はご本人様負担でお願いします。
- 「資格確認書再交付申請書」の裏面に振込控えを貼付し、事業所の健保事務担当者に提出してください。
- 振込まれた再発行手数料はいかなる場合でも、返金はできませんのでご了承ください。

< 振込先 >

銀行名 : りそな銀行  
支店名 : 堂島支店  
預金種目 : 普通預金  
口座番号 : 0162696  
口座名義人 : セキスイ健康保険組合

※ 必ず被保険者名でお振込みください。

事業主の証明	上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。 なお、今後は資格確認書を紛失又は毀損することのないよう、本人に十分注意いたします。
	事業所所在地
	事業所名
	事業主(代理人)氏名

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

令和 年 月 日 提出

## 資格確認書再交付 確認通知書

【 マイナ保険証で受診する場合は申請不要です 】

被保険者	記号		番号		氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成		年	月	日	
被保険者の住所	〒 -						該当者氏名				続柄				

申請理由	(該当の番号に○を付けてください)	紛失	毀損	1 紛失した 2 破棄した 3 その他 ( )
		劣化		4 記載事項が読み取れない ( 資格確認書を添付 )
		盗難		5 盗まれた ( 警察への届出 済・未 )



### 太枠内に○をつけた方

**資格確認書を紛失・毀損により再交付を受ける場合は再交付料として1枚につき1000円ご負担いただきます。**

- 振込手数料はご本人様負担でお願いします。
- 「**資格確認書再交付申請書**」の裏面に**振込控え**を貼付し、事業所の健保事務担当者に提出してください。
- 振込まれた再発行手数料はいかなる場合でも、返金はできませんのでご了承ください。

事業主の証明	事業所所在地													
	事業所名													
	事業主(代理人)氏名	殿	セキスイ健康保険組合	理事長										