

【申請ルート】

／被保険者（本人）→お勤め先の会社・事業所の社会保険担当部署→健康保険組合

（任意継続加入者のみ、事業所ではなく直接健康保険組合宛へ送付ください。）

健康保険 資格確認書 滅失届 兼 再交付申請書

事業所名			所属部署		
被保険者等 記号・番号			被保険者 氏名		
被保険者の 住所	〒 _____				
滅失した者の 氏名 (複数記載可)			再交付の 希望有無	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <small>(マイナ保険証に切り替える等により、再交付が 不要の方は、振込しないでください)</small>	
再交付 希望理由 (再交付希望の方のみ 該当する箇所にチェック)	一時的理由	<input type="checkbox"/> 1 マイナンバーカードを紛失したため <input type="checkbox"/> 2 マイナンバーカードの更新手続き中のため <input type="checkbox"/> 3 マイナンバーカードの有効期限が切れているため			
	長期的理由	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 5 マイナンバーカードを作っていないため <input type="checkbox"/> 6 マイナンバーカードを返納したため <input type="checkbox"/> 7 マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)の補助が必要なため <input type="checkbox"/> 9 事業所(お勤め先)へのマイナンバー提出を拒否しているため <small>※8は欠番です</small>			
滅失に至った理由 (該当する箇所にチェック)	再交付を希望される場合の注意事項				
<input type="checkbox"/> ① 紛失	・申請にあたり、1枚につき再交付手数料1,000円を事前に振り込みの上、その控えを貼付ください。 ・振り込みの際には、振込依頼人名に被保険者氏名を必ず入れてください。				
<input type="checkbox"/> ② 盗難	・振り込みにかかる手数料は差し引かないようご注意ください。(振込先は申請書下部参照)				
<input type="checkbox"/> ③ 汚損	・上記記載の振り込みに加え、汚損した資格確認書の現物を添付ください。				
<input type="checkbox"/> ④ 焼失・流出	・住居が火災で焼失した、水害で流された等、自然災害による紛失の場合は、自治体発行による被災証明書の罹災証明書(写)を添付いただくと再交付手数料が免除となり、振込は不要です。				

①②にチェックがある場合は下欄誓約書をご記入ください。また、万が一の悪用を防ぐため、必ず警察に紛失や盗難の届出を行うとともに、「医療費のお知らせ」をご覧の上、身に覚えのない受診履歴がないかご確認ください。

紛失年月日	年 月 日頃	紛失場所		
紛失時の状況 (詳しく記入ください)				
誓約欄	ブリヂストン健康保険組合 理事長 殿 上記の通り紛失した、または盗難にあった資格確認書が他人に不正に使用されたことにより、医療費やその他について貴健康保険組合に損害を与えた場合は、私が責任をもって弁済することを誓約します。また、今後は再発しないように管理を徹底するとともに、資格確認書を発見した場合は、遅滞なく返却することを誓約します。 年 月 日 被保険者署名 : _____ 印			

再交付手数料振込の控え 貼付欄 **※再交付不要の方は絶対に振り込まないでください!**

再交付手数料 1枚につき 1,000円

- 【注意事項】
- 振込手数料は差し引かず、各自でご負担ください。
 - 振込後に資格確認書が見つかった場合、申請取り下げはできません。入金されてもお返しできませんのでご注意ください。
見つかった資格確認書を必ず添付して、この申請書を提出してください。
 - ネット銀行の場合も振込完了の分かるもの(当健保宛・金額・日付・依頼主の被保険者氏名の振込の事実が記載されたもの)の添付が必要です。
 - 「振込依頼書」の控えや「ご利用明細票」の場合は、記入見本を参考に貼り付けてください。
 - 振込控がない場合は、受理できませんのでお戻しすることになります。
 - 用紙が大きい場合はホチキス留で添付ください。

ゆうちょ銀行の窓口・ATM・口座から振り込む場合	他の銀行の窓口・ATM・口座から振り込む場合
現金で振込：店頭やATM脇にある「払込取扱票」を記入し振込 ゆうちょ口座から振込：下記口座を振込先に指定し振込（振替） 口座記号・口座番号：00140-0-0358192 加入者名：ブリヂストン健康保険組合	下記口座に振込（または振替）ください。 依頼人名は必ず被保険者氏名（フルネーム）にしてください。 銀行：ゆうちょ銀行 支店：〇一九（ゼロイチキユウ） 預金種目：当座 口座番号：0358192

事業所 確認欄 (社会保険担 当部署)	係	長	健保組合 処理欄	資格確認書タイプ	交付日	着金日	適用	長
				<input type="checkbox"/> A4紙 <input type="checkbox"/> はがき	/	/		