

提出経路：《申請者》→《事業所健保担当者》

・ご記入いただいた個人情報は、表題の利用目的の範囲以外では使用いたしません。

決定 伺	常務理事		事務長	担	当	者	備	考

ご注意ください！

資格確認書の再交付には、下記のとおりご申請ください。

- 1) 下記申請書に必要事項を記載・捺印し、ご提出ください。
- 2) 再交付手数料「1枚につき 1,000円」を下記銀行口座へお振込みください。

ご入金先・・・りそな銀行 芝支店(普通)0511770 レゾナック健康保険組合

※振込にかかる銀行への手数料は、ご本人様負担となります。

3) ご入金の確認後、資格確認書の発行となります。

☆お振込み後の発行手数料はいかなる理由がありましても返金できませんので、ご注意ください！

健康保険 資格確認書 再交付申請書 (滅失・き損)

申請者 (被 保 険 者)	被保険者等記号番号	記号		番号	
	被 保 険 者 氏 名				
	所 属				
	生 年 月 日	昭和・平成・令和		年	月

再交付を希望する方	被保険者(本人) ・ 被扶養者(家族)				
区 分	滅 失 ・ き 損				
被扶養者氏名	生 年 月 日			続 柄	備 考
	昭・平・令	年	月	日	
	昭・平・令	年	月	日	
	昭・平・令	年	月	日	
	昭・平・令	年	月	日	
再交付申請の理由 (状況の詳細)					

令和 年 月 日提出

事 業 主 の 証 明 令和 年 月 日	受付日付印
住所 事業所 名称 氏名	レゾナック健康保険組合

任意継続被保険者は本人確認として、「運転免許証の写し」「パスポートの写し」「住民票」のいずれかをご添付ください。