

【申請書提出先】

事業所の総務・人事担当者

任意継続加入者（記号88）のみ直接健康保険組合へ送付してください。

TOYO TIRE 健康保険組合

健康保険 資格確認書・被保険者証 滅失届 兼 再交付申請書

記入例

申請日 2024 年 12 月 20 日

|                  |            |                                  |            |        |           |      |                                                                         |      |
|------------------|------------|----------------------------------|------------|--------|-----------|------|-------------------------------------------------------------------------|------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者<br>記号 | XX                               | 被保険者<br>番号 | XXXXXX | 従業員<br>番号 | XXXX | 事業所                                                                     | 〇〇工場 |
|                  | 氏名         | (フリガナ) ケンボ タロウ<br>健保 太郎          |            |        |           | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 50 年 8 月 1 日<br><input type="checkbox"/> 平成 |      |
|                  | 住所         | 〒 XXX - XXXX<br>〇〇県△△市××町〇丁目〇番〇号 |            |        |           |      |                                                                         |      |

【記入する前に必ずお読みください】

※マイナ保険証（健康保険証利用の登録が完了しているマイナンバーカード）を保有しており、医療機関の受診が可能な場合は、資格確認書を交付できません。マイナ保険証をご利用ください。

- 資格確認書の再交付には、1枚につき500円の再交付手数料がかかります。（紛失・盗難）
- き損による再交付手数料は不要です。申請書に該当者の資格確認書または被保険者証を添付のうえ申請してください。
- 振込み後は理由を問わず返金は出来ませんので、マイナ保険証を保有しているかご確認のうえ振込んでください。
- 再交付後に旧資格確認書または被保険者証が見つかった場合、速やかにご返却ください。（再交付手数料は返金しません。）
- 再交付手数料は健康保険組合の口座へ振込をお願いします。（振込手数料は各自ご負担ください。）

三菱UFJ銀行 中之島支店 （普通） 5022230  
口座名義 TOYO TIRE健康保険組合

6.再交付の手順

- ①指定口座へ再交付手数料を振込む。
- ②再交付申請書に必要事項を記入のうえ、振込み控のコピーを貼付して、事業所の総務・人事担当者へ提出する。
- ③事業所から健保へ提出され、健保で再交付後、事業所担当者より被保険者へ渡されます。

【以下の太枠内をご記入ください。】

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                                                                                                                                                   |    |   |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|
| 再交付を申請<br>する該当者<br>(本人も含む)                       | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                               | 健保 花子              |                                                                                                                                                                                   | 続柄 | 妻 |
| 申請理由<br>(該当する理由に<br>☑をつけて右欄<br>の事項を記入し<br>てください) | <input checked="" type="checkbox"/> 紛失                                                                                                                                                                                                                           | 滅失時の状況<br>(具体的に記入) | 例① 自宅の机の引き出しに資格確認書を保管していましたが、12/15に病院を受診する際に探しても見つかりませんでした。<br>例② 12/15に病院を受診した帰りに資格確認書が入ったバッグを電車で置き忘れました。警察に届出をしましたが見つかりません。〇〇警察 受付No.123<br>※第三者に悪用されることも考えられますので、警察に届出をしてください。 |    |   |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 盗難                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                                                                                                                                                   |    |   |
|                                                  | <input type="checkbox"/> き損                                                                                                                                                                                                                                      | き損の状況              | ※該当の資格確認書または被保険者証を添付してください。                                                                                                                                                       |    |   |
| 誓約書                                              | TOYO TIRE健康保険組合 理事長 殿<br>上記のとおり、滅失した資格確認書または被保険者証が不正使用等された場合は、私が責任の全てを負うことを誓約します。今後は取扱いに十分注意するとともに、資格確認書または被保険者証を発見した時は直ちに返納します。<br>2024 年 12 月 20 日<br>被保険者 氏名 健保 太郎<br>※署名又は記名押印                                                                               |                    |                                                                                                                                                                                   |    |   |
| 再交付手数料の<br>払込み証貼付欄<br>(再交付手数料<br>1枚につき500円)      | 《ここに貼付》<br>ご利用明細書<br>・ATMからの振込みは、その控えのコピーを貼<br>・インターネットからの振込みは、完了画面を印<br>・火災、自然災害等による紛失の場合は、自治体<br>再交付手数料は不要です。<br>※振込み後は理由に問わず返金できませんのでご<br>お取扱日 24-12-18 店番 11111 お取引内容 通帳送金<br>記号 番号<br>***** ****1234<br>取扱番号 お取引金額<br>N001 *500<br>残高<br>*****<br>添付してください。 |                    |                                                                                                                                                                                   |    |   |

|                            |                                                                                                                                         |        |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 事<br>業<br>主<br>証<br>明<br>欄 | ・この届出書の内容が正しいことを証明します。<br>・この届出については、①または②の要件を満たしたものである。<br>①申請者本人（被保険者）が作成したものである。<br>②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。<br>2024 年 12 月 20 日 |        |
|                            | 事業所所在地                                                                                                                                  | 事業所記入欄 |
|                            | 事業所名称                                                                                                                                   |        |
|                            | 事業主氏名                                                                                                                                   |        |
|                            |                                                                                                                                         |        |

|                                                                                                    |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| (振込先) 三菱UFJ銀行<br>中之島支店<br>普通 5022230<br>トヨタタイヤケンコウホケンクミアイ<br>(振込人名)<br>ケンボ タロウ<br>電話番号 080-***-*** |  |  |
|                                                                                                    |  |  |
|                                                                                                    |  |  |
|                                                                                                    |  |  |

健保受付印