【提出先：申請者 → 会社担当部署 → 健保組合】 ※紛失・盗難・き損等の場合のみこちらの申請書をご利用ください。

健康保険　資格確認書　**再交付申請書**

被保険者等 記号・番号	記　号		番　号		申 請 日　　年　　月　　日
被保険者氏名 （ 自 署 ）			事業所名		
被保険者連絡先 (日中連絡のつく 電話番号)	（　　）		所 属 名		□任意継続被保険者 ＊ □特例退職被保険者 ＊

再発行対象者	再発行対象者氏名	続柄	生年月日	再発行申請理由 （必ずいずれかに✓）
被保険者分		被保険者本人	□S・□H　　年　　月　　日	□紛失　□盗難　□き損 □その他（　　）
被扶養者分 (被扶養者分を再発行する場合のみ記入してください)			□S・□H・□R　　年　　月　　日	□紛失　□盗難　□き損 □その他（　　）
			□S・□H・□R　　年　　月　　日	□紛失　□盗難　□き損 □その他（　　）
			□S・□H・□R　　年　　月　　日	□紛失　□盗難　□き損 □その他（　　）

紛失等の状況 ＊「いつ」・「どこで」など具体的にご記入ください。				
紛失時の 警察への届出 （届出必須）	届 出 先 （所在地）	（　　都道府県　　警察署・交番　　市・区）	届 出 日	年　　月　　日

《誓約事項》 1.滅失等の資格確認書により貴組合に損害を及ぼす場合は、私が一切の責任を負います。
2.紛失等した資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。
3.資格確認書の保管及び取扱いには充分留意し、再び滅失等することのないよういたします。

任意継続・特例退職被保険者の方は、当組合にて届けいただいている住所にのみお送りいたします。
（在職の方は、勤務先に送付します）

再交付手数料振込状況 **（手数料 1,000 円）**	振込日	年　　月　　日	振込額 （1,000 円×再発行枚数） （振込手数料除く）	円

再交付を申請する場合は、再交付手数料として資格確認書 1 枚につき 1,000 円の振込みをお願いします。

【振込先金融機関】　三菱 UFJ 銀行　中目黒駅前支店
普通　№０７５０２０３
プルデンシャル健康保険組合
（振込手数料は自己負担でお願いします）

【事業主証明欄】 上記のとおり被保険者から資格確認証の再交付申請がありましたので提出いたします。
申請者の本人確認を行いました。

事業所名称

事業主氏名

（事業主欄は会社担当部署で証明）

プルデンシャル健康保険組合　理事長殿

※記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、番号欄へ記載してください。※き損の場合は、き損した資格確認証を添付してください。

受付日付印

何 年 月 日
（確認日付印）

常務理事	事 務 長	確 認 者	担 当 者