

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

※ 下の申請理由に該当する場合に限り、資格確認書の交付・再交付を申請してください。

※ 【2025年12月1日までに申請を行う場合】2024年12月1日までに交付された有効な健康保険証を紛失されたことにより、当申請を行う際は、「健-⑤ 健康保険被保険者証・資格確認書（高齢受給者証）滅失届」も併せてご提出ください。

健康保険	記号		番号		届出申請日	年	月	日
被保険者氏名（自署）					被保険者連絡先 日中連絡可能な電話番号	()		
生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	資格取得(入社)日	年	月	日
会社名	<input type="checkbox"/> ジブラルタ生命 <input type="checkbox"/> ジブラルタ生命以外 () <input type="checkbox"/> 任意継続・特例退職				所属	() 支社 () 営業所 本社 () チーム その他 ()		
「資格確認書」送付希望住所 被保険者宛に送付します。確実に受け取れる住所をご記入ください。	(〒 -)							

交付対象者 (1~3のうち該当する番号を記入)	1. 被保険者（本人）のみ 2. 被扶養者（家族）のみ 3. 被保険者（本人）および 被扶養者（家族）分
----------------------------	--

被保険者								
氏名	フリガナ	同上		生年月日	同上	申請理由 下の理由欄より該当する理由を選び番号を記入してください		
	氏名	同上						

被扶養者 1								
氏名	フリガナ			生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日	申請理由 下の理由欄より該当する理由を選び番号を記入してください		
	氏名							

被扶養者 2								
氏名	フリガナ			生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日	申請理由 下の理由欄より該当する理由を選び番号を記入してください		
	氏名							

被扶養者 3								
氏名	フリガナ			生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日	申請理由 下の理由欄より該当する理由を選び番号を記入してください		
	氏名							

※ 申請理由欄	交付申請理由（申請前、資格確認書を所持していない方専用） 1. マイナンバーカードを持っていない 2. 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していない 3. マイナンバーカードを紛失 4. マイナンバーカードの更新手続き中 5. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ、マイナンバーカードの失効 6. マイナンバーカードを返納 7. マイナ保険証の利用登録を解除 8. マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要	再交付申請理由 9. 資格確認書をき損 10. 資格確認書を紛失 11. 資格確認書を盗まれた 再交付には理由の如何にかかわらず、1枚につき1,000円の再交付手数料が必要です。 手数料の入金を確認後、再交付いたします。 き損による再交付の場合は、き損した資格確認書を健保組合に返還してください。返還を確認後に再交付いたします。
---------	--	--


再交付申請の場合は、必ず記入してください。

き損・紛失・盗難の状況	例) ○年○月○日、資格確認書を入れた財布を落とした。							
警察への届出日	年 月 日 (紛失・盗難の場合)							
再交付手数料の振込 (該当する□に✓してください)	手数料の振込を確認後、再交付いたします。 振込のご依頼人名は、被保険者名としてください。 振込手数料は自己負担です。	振込日	年 月 日					
		振込先口座	<input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行 池袋東口支店 (普通) 1885225 ジブラルタ健康保険組合 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 00100-3-88963 ジブラルタ健康保険組合					
		振込金額	円 (1枚につき1,000円、振込手数料は自己負担)					

上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。

事業主名称	
事業主氏名	
社会保険労務士の提出代行者	

提出先

ジブラルタ生命	大槻事務所	各事業主の健康保険担当一覧は右記	
PGF生命・CLIS・協栄年金ホーム・PGI・三栄収納サービス・PGビジネス	各事業主の健康保険担当	QRコードからご確認ください	
サービス・GIB労組			

※ 特例退職被保険者・任意継続被保険者は、当健保組合に直接郵送してください。

【健康保険組合使用欄】

何年月日	年	月	日
資格取得日	年	月	日
発行枚数	1枚・2枚・3枚・4枚		
(再)交付日	年	月	日

理事長	常務理事	事務(局)長	役職者	担当者	受理日