

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
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。

記入見本

健康保険 ①	記号	1	番号	12345	届出申請日 ②	XXXX 年 1 月 6 日
被保険者氏名 (自署) ③	健保 太郎				被保険者連絡先 日中連絡可能な電話番号 ④	080 (0000) XXXX
生年月日 ⑤	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> H XX 年 1 月 23 日				資格取得(入社)日 ⑥	XXXX 年 4 月 1 日
会社名 ⑦	<input checked="" 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 ⑧	(XXXXX) 支社 (XXXXX) 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。⑨	(〒 XXX-XXXX) 東京都豊島区東池袋〇-〇-〇					

交付対象者 ⑩ (1~3のうち該当する番号を記入)	1	1. 被保険者 (本人) 分のみ 2. 被扶養者 (家族) 分のみ 3. 被保険者 (本人) および 被扶養者 (家族) 分
------------------------------	---	--

被保険者 ⑪	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	1
氏名	氏名	同上				

被扶養者 1 ⑫	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	氏名					

被扶養者 2	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	氏名					

被扶養者 3	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	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 ⑬	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 ⑭	年 月 日 (紛失・盗難の場合)				
再交付手数料の振込 ⑮ (該当する□に✓してください)	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	⑯
社会保険労務士の提出代行者	

提出先

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

※ 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

次のような場合に、この申請をご使用ください

新たに資格確認書の発行を希望する場合や、資格確認書の紛失やき損、または盗難にあった際、再発行を申請する場合にご使用ください

【記入要領（記入例の番号と照合してください）】

①健康保険記号・番号

健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号をご記入ください

②届出申請日

在職被保険者の方：事業所に申請する日をご記入ください

任意継続被保険者・特例退職被保険者の方：当健保組合に申請する日をご記入ください

③被保険者氏名

氏名を自署でご記入ください

④被保険者連絡先

日中連絡可能な電話番号をご記入ください

⑤生年月日

生年月日をご記入ください

⑥資格取得（入社）日

資格取得（入社）日をご記入ください

⑦会社名

会社名にチェックまたはご記入ください

⑧所属

所属先をご記入ください

⑨「資格確認書」送付希望住所

「資格確認書」の送付先ご住所をご記入ください。

「資格確認書」は特定記録郵便扱いで被保険者宛への送付となりますので予めご了承ください。

⑩交付対象者

今回（再）交付を希望する方について、1～3のうち該当する番号をご記入ください

⑪被保険者

（再）交付対象者が被保険者の場合は、こちらの「申請理由」に1～3のうち該当する番号をご記入ください

⑫被扶養者

（再）交付対象者が被扶養者の場合は、こちらの「氏名（フリガナ）」「生年月日」「申請理由」に1～3のうち該当する番号をご記入ください

⑬き損・紛失・盗難の状況※再交付申請の場合は、必ず記入してください。

「資格確認書」をき損・紛失・盗難された際の状況をご記入ください

⑭警察への届出日※再交付申請の場合は、必ず記入してください。

警察へ届け出ていただき、「届出日」をご記入ください

⑮再交付手数料の振込※再交付申請の場合は、必ず記入してください。

再交付枚数1枚について、1,000円をご負担ください

再交付手数料の「振込日」「振込先口座」「振込金額」をご記入ください

⑯事業主証明欄

事業主欄は本社（または社労士事務所）で記入しますので、記入不要です

【提出先】各事業主の健康保険担当

※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送にて提出して下さい。

事業主名		担当部署	
ジブラルタ生命保険株式会社		社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 以下イントラを確認いただき、専用の送付状貼付のうえ提出します。 格納場所：Gibraltar Web Portal > 給与厚生サービス > 社会保険サブメニュー	
事業主名	担当部署	事業主名	担当部署
ブルデンシャルジブラルタファイナンシャル生命保険株式会社	人事チーム	株式会社協栄年金ホーム	総務部
株式会社CLIS	人事総務部	株式会社三栄収納サービス	総務部
株式会社PGI	総務部門	ジブラルタ生命労働組合	総務担当
PGビジネスサービス株式会社	総務部	ジブラルタ健康保険組合	総務担当