

## 健康保険 資格確認書(ハガキ型)再交付申請書

【ご注意ください】再交付手数料1,000円／枚(振込手数料別)の振込が必要になります。

「MY HEALTH WEB」登録済の方はスマートフォンで資格確認書を表示することができるため再交付申請手続きは不要です。また、再交付手数料も発生しませんので「MY HEALTH WEB」での資格確認書表示をご検討ください。

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号(左づめ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - 番号(左づめ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	氏名	フリガナ				
	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	住所	都 道 府 県				

対 象 者 欄	フリガナ 氏名	生年月日
	<input type="text"/>	<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

「MY HEALTH WEB」に交付される資格確認書(電磁的交付)を利用できない場合(初回に限る)、資格確認書(ハガキ型)裏面の住所欄が無余白の場合、被災により資格確認書(ハガキ型)を滅失・き損した場合は手続き方法が異なりますので、日立健保(03-4554-3020)までご連絡ください。

## 【再交付手数料の振込について】

・1枚につき1,000円(振込手数料は個人負担)の振込が必要です。下記口座へお振込みください。

振込先口座:三菱UFJ銀行 東京営業部(普通)1779174  
振込先名義:日立健康保険組合(ヒタチケンコウホケンクミアイ)

- ・振込名義人は被保険者に限ります(被扶養者からの振込は認められません)。
- ・振込を証する資料(金融機関のご利用明細等)を本申請書の左上にホチキス留めしてください。  
※未添付の場合、申請を受付できません。  
※インターネットバンキングによる振込時は振込完了画面のスクリーンショット等を申請書へ添付してください。

## 【再交付手数料の返金について】

- ・振込後の申請取り下げは、受付できません。  
※再交付手数料(1,000円)を超過する振込があった場合、振込手数料を差し引きのうえ返金いたしますので、あらかじめご了承ください。

事業所コード	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。
事業主欄	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記入欄