記入例

T-009

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			
① 記号・番号	記号(左づめ) 1000 － 番号(左づめ) 1000000	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 57年 04月 01日
氏名	フリガナ ケンポ マサミ 健保　正美		
郵便番号	0000000	電話番号	0000000000
住所	○○ 都 道 府 県	○○市○○町1－1－1	

対象者欄		
②	フリガナ ケンポ カオル 氏名 健保　薫	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 60年 01月 01日

留意事項等

「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	事業主欄
	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。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

受付日付印

資格確認書（ハガキ型）の（再）交付を希望する場合にこの申請書をご使用ください。

ただし、次のいずれかに該当する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。
・「MY HEALTH WEB」に交付された資格確認書（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（ハガキ型の）を滅失・き損した場合
※災害救助法の適用地域居住者または罹災証明書の保有者に限る

◆記入要領（記入例の番号と照合してください）

①[被保険者情報]
被保険者の「記号・番号」「氏名」「フリガナ」「郵便番号」「住所」「生年月日」「電話番号」を記入してください。
※記号・番号は、資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルのいずれかで確認できます。
※住所欄は本人確認のために必要な欄です（送付先ではありません）。
交付した資格確認書（ハガキ型）は日立健保に登録されている住所へ送付します。

②［対象者欄］
再交付する対象者の「氏名」「フリガナ」「生年月日」を記入してください。

◆留意事項
・資格確認書（ハガキ型）１枚に付き1,000円の交付手数料が必要です。
・振込手数料は個人負担です。
・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。

◆振込先口座
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）

◆送付先
●一般被保険者（従業員）の方
事業所（会社）の健保担当者宛に提出してください。

●任継・特退被保険者の方
日立健保に送付してください。
【社外便】101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目２９番地 東お茶の水ビル
日立健康保険組合 業務(適用)
【社内便】(本)健保(OC2) 業務(適用)