

※該当内容に○印をして下さい。

※フリクションボールペン等消せる筆記具不可

申請区分 **本人** 家族・両方

資格確認書再交付申請書

部署名・所属名

本人が
紛失した場合

次のとおり

滅失…	紛失いたしました
盗難…	盗難・罹災で失くしました
毀損…	破損いたしました

ので再交付を申請いたします

被保険者記号・番号		被保険者の氏名		生年月日		再交付手数料	
8	000000	(フリガナ) イオン (氏) 伊音	イチロウ (名) 一郎	昭 平	年 月 日 5 1 1 0 2 8	1枚につき 1,000円 (振り込み手数料は自己負担です)	
被保険者の住所		(〒000-0000) 千葉県千葉市美浜区〇〇〇-x-x-△				注意: 後日紛失した資格確認書が見つかった場合は速やかに 古い保険証・資格確認書 を健保組合へ返却して下さい。なお、手数料の返金はいたしません。	
申請する家族	被扶養者の氏名	生年月日	続柄	再交付手数料			
		昭・平・令 年 月 日		※資格確認書再交付 1人につき1,000円 (2人なら2,000円)の 手数料がかかります			
申請理由 と状況	※○印してください ・紛失 [<input checked="" type="radio"/>] ・破損 [<input type="checkbox"/>] ・罹災 [<input type="checkbox"/>] ・盗難 [<input type="checkbox"/>]	いつ 令和 6年 10月 21日 どこで(場所) 買い物帰りに財布ごと紛失					(再交付手数料 テープで貼る 貼付する欄)
※盗難の場合 被害届を 提出した 警察署	名称	署 課					
	電話番号	(局) 内線 ()					
	届出日・受理番号	月 日 時頃	受理番号 号				

振込証明 (ATMの控えなど)
振込金額 1, 000円

イオン健康保険組合理事長 殿

上記のとおり被保険者から資格確認書の再交付申請がありましたので提出いたします。
なお、今後は保険証・資格確認書を滅失または毀損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	〒000-0000
事業所名称	千葉県千葉市美浜区〇〇-△△ イオン〇〇〇(株)
事業主氏名	人事部長 △△ △△
電話	043 (212) △△△△

- 保険証を紛失した場合は滅失届を添付して下さい。
- 資格確認書を紛失した場合は誓約書を添付して下さい。
- 破損した場合は保険証または資格確認書を添付して下さい。

健保領収印

事業主受付印
受付
06.12.03
イオン〇〇〇(株)

組合処理欄	常務理事	事務長	課長	担当

受付印

提出ルート：被保険者本人 → 各社本社人事部または委託先の社会保険担当部署 (イオン健康保険組合へ直接提出しないでください)

(資格確認書再交付用)

誓約書

住 所 千葉県千葉市美浜区〇〇〇-××-△

被保険者氏名 伊音 一郎

印

資格確認書記号・番号・枝番 記号: 8-000000

無くした証の氏名 伊音 一郎

さきに貴組合より交付をうけております上記の健康保険資格確認書は、私の不注意により紛失しましたので、お手数ですが、再発行下さるようお願い致します。

なお、今後旧書を発見した時は、ただちに貴組合宛お送りするとともに、万一このために生じた損害額については、全額責任をもって貴組合へ返還する事を誓約致します。

令和 6 年 11 月 30 日

イオン健康保険組合理事長 殿

※該当内容に○印をして下さい。

※フリクションボールペン等消せる筆記具不可

申請区分	本人・ 家族 ・両方
------	-------------------

資格確認書再交付申請書

部署名・所属名

家族が
紛失した場合

次のとおり

- 滅失… 紛失いたしました**
- 盗難・罹災で失くしました
- 毀損… 破損いたしました

ので再交付を申請いたします

被保険者記号・番号		被保険者の氏名		生年月日	再交付手数料
8	000000	(フリガナ)	イオン	イチロウ	昭 平 5 1 1 0 2 8
		(氏)	伊音	一郎	
被保険者の住所		(〒000-0000)			注意:後日紛失した資格確認書が見つかった場合は速やかに 古い保険証・資格確認書 を健保組合へ返却して下さい。なお、手数料の返金はいたしません。
		千葉県千葉市美浜区〇〇〇-××-△			
申請する家族	被扶養者の氏名	生年月日	続柄	再交付手数料	(再交付手数料) テープで貼る 貼付する欄)
	伊音 花子	昭平・令51年9月30日	妻	※資格確認書再交付1人につき1,000円(2人なら2,000円)の手数料がかかります	
申請理由と状況	※○印してください ・紛失 [<input checked="" type="checkbox"/>] ・破損 [] ・罹災 [] ・盗難 []	いつ 令和 6年 10月 21日 どこで(場所) 買い物帰りに財布ごと紛失			再 【 下 (振 の 付 振 名 ※盗 証 ※なお、
※盗難の場合被害届を提出した警察署	名称	署	課		
	電話番号	(局)	内線()		
	届出日・受理番号	月 日 時頃	受理番号	号	

振込証明 (ATMの控えなど)
振込金額 1, 000円

イオン健康保険組合理事長 殿

上記のとおり被保険者から資格確認書の再交付申請がありましたので提出いたします。
なお、今後は保険証・資格確認書を滅失または毀損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	〒000-0000 千葉県千葉市美浜区〇〇-△△
事業所名称	イオン〇〇〇(株)
事業主氏名	人事部長 △△ △△
電話	043 (212) △△△△

- 保険証を紛失した場合は滅失届を添付して下さい。
- 資格確認書を紛失した場合は誓約書を添付して下さい。
- 破損した場合は保険証または資格確認書を添付して下さい。

健保領収印

事業主受付印

受付
06.12.03
イオン〇〇〇(株)

組合処理欄	常務理事	事務長	課長	担当

受付印

提出ルート：被保険者本人 → 各社社人事務部または委託先の社会保険担当部署 (イオン健康保険組合へ直接提出しないでください)

(資格確認書再交付用)

誓約書

住 所 千葉県千葉市美浜区〇〇〇-××-△

被保険者氏名 伊音 一郎

印

資格確認書記号・番号・枝番 記号: 8-000000-02

無くした証の氏名 伊音 花子

さきに貴組合より交付をうけております上記の健康保険資格確認書は、私の不注意により紛失しましたので、お手数ですが、再発行下さるようお願い致します。

なお、今後旧書を発見した時は、ただちに貴組合宛お送りするとともに、万一このために生じた損害額については、全額責任をもって貴組合へ返還する事を誓約致します。

令和 6 年 11 月 30 日

イオン健康保険組合理事長 殿