

「マイナ保険証」の利用ができない場合等で「資格確認書」が発行されている方について、再交付いたします。

健康保険組合			受付年月日		事業主側経由所属		
長	長	担当者			長	長	担当者

証再交付申請書

関西電力健康保険組合 常務理事殿

被保険者番号		被保険者氏名		生年月日		会社名	
				昭 平	年 月 日	所 属	

1. 再 交 付 対 象 者			
氏 名	続 柄	生 年 月 日	再交付証の種類
		昭和 平成 令和 年 月 日	☐ 高齢受給者証 ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証
氏 名	続 柄	生 年 月 日	再交付証の種類
		昭和 平成 令和 年 月 日	☐ 高齢受給者証 ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証

2. 再 交 付 の 理 由 と 状 況	
事象発生年月日	令和 年 月 日
↓ 該当する状況に☑を入れてください。	
減失	☐ 誤って廃棄したため ☐ 盗難にあったため ☐ 置き忘れ、または落としたため 【滅失による再交付の場合のみ】※日付と署名を記入してください 上記の申請内容のとおり、「資格確認書」を紛失したことに相違ありません。 紛失した「資格確認書」について、万一事故がありました場合は責任をもって弁償致しますとともに、 今後このようなことがないように、その扱いについては十分注意致します。 なお、紛失した「資格確認書」を発見致しました場合は直ちに返納いたします。 令和 年 月 日 被保険者氏名： ㊞ 自筆の場合、押印省略可
	毀損 ☐ 不注意で汚してしまったため ※毀損した証を添付してください ☐ その他（理由を記入： _____）

3. 特定疾病療養受療証、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証の申請方法の確認
申請方法について、以下①②のいずれかを選択し、☑を入れてください。 ☐ ①上記再交付証について健康保険法施行規則第99条、103条の2、105条の規定に基づき、事業主を経由して申請します。 ☐ ②上記再交付証について健康保険組合に直接申請します。 令和 年 月 日 被保険者氏名： ㊞ 自筆の場合、押印省略可

事業主の証明
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。 令和 年 月 日 事業主 代理人 職氏名

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考欄】

(令和7年4月)