

常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

留意事項

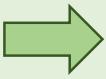
資格情報のお知らせは、マイナポータルに登録されている
【医療保険の資格情報画面】で代用可能です。

医療保険の資格情報画面

アクセス用QRコード



マイナポータルには、右記QRコードからスマートフォンなどでアクセスでき、
医療保険の資格情報画面の参照やダウンロードも可能です。
すでにスマートフォン等にダウンロード（登録）済みの方は再交付申請は不要です。



被保険者情報	事業所記号		被保険者番号		(フリガナ) 氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	住民票住所	〒	-						
							TEL	-	-

再交付申請者	氏名(フリガナ)	生年月日	申請理由	
	被保険者	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他
被扶養者①	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他	口き損
被扶養者②	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他	口き損
被扶養者③	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他	口き損

事業主記入欄	上記の通り被保険者から交付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記入欄				
TEL				
受付印				

【注意事項】

- ・留意事項をよくお読みの上、申請をしてください。
- ・申請理由は必ず選択してください。