

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係長	係員

注意事項

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。

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。

医療保険の資格情報画面

医療保険の資格情報

アクセス用QRコード

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	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> き損
被扶養者①	(フリガナ)	<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	<input type="checkbox"/> き損	
被扶養者②	(フリガナ)	<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	<input type="checkbox"/> き損	
被扶養者③	(フリガナ)	<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	<input type="checkbox"/> 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。