

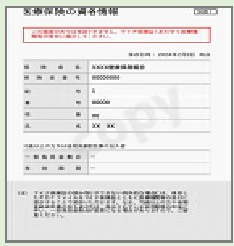
# 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係長	係員


**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



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				

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

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	〒 - TEL - -
事業所名称	
事業主氏名	

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。