

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		担当

記入日： 年 月 日

被保険者情報	記号・番号	記号	番号	生年月日
	氏名	フリガナ		社員No. (8桁)
	郵便番号	〒	電話番号	
	住所	都 道 府 県		

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由

理由欄	1 : 資格情報のお知らせを紛失したため 2 : 資格情報のお知らせを破損したため 3 : その他()
-----	--

留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 資格情報のお知らせを紛失・棄損したために再交付を希望する場合はご使用ください。 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】を提示できる場合は、資格情報のお知らせの携帯が必須ではないため、再交付の申請は不要です。 ※マイナポータルとは、マイナンバーを持った全ての国民が利用できる、政府が運営するオンラインサービスです。
------	---

事業主欄	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。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名 電話番号

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

記入例

記入日: 令和 6 年 12 月 10 日

被保険者情報	記号・番号	記号 1	番号 2345	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	5 2	年	0 5	月	0 5	日
	氏名	フリガナ	ホケン イチロウ		社員No. (8桁)	01012345					
	郵便番号	〒	650-1235	電話番号	078-123-4567						
	住所	兵庫 都道 神戸市●●区▲▲▲町1丁目2-3 ××ハイツ 456号室 府県									

対象者欄	対象者	1	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分				
	被保険者	フリガナ 氏名	同上	生年月日	同上	申請理由	1 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名		生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和		下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者②	フリガナ 氏名		生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和		下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者③	フリガナ 氏名		生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和		下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	1 : 資格情報のお知らせを紛失したため 2 : 資格情報のお知らせを破損したため 3 : その他()
-----	--

留意事項	<p>・資格情報のお知らせを紛失・棄損したために再交付を希望する場合はご使用ください。</p> <p>・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。</p> <p>【医療保険の資格情報画面】を提示できる場合は、資格情報のお知らせの携帯が必須ではないため、再交付の申請は不要です。</p> <p>※マイナポータルとは、マイナンバーを持った全ての国民が利用できる、政府が運営するオンラインサービスです。</p>
------	--

事業主欄	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。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名 電話番号

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄
