

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	担当者

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。
ただし、マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】を参照できる場合は、当該画面で代用可能なため、原則申請は不要です。

被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所 (勤務先) の名称	
	—			
被保険者の 氏名	フリガナ			
該当者欄	本人 ・ 家族 (氏名: 分)			
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
理由欄	※該当する番号に○をしてください 1.滅失 2.棄損 3.その他()			

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

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

常務理事	事務長	担当者

資格情報のお知らせを紛失・棄損したために再交付方法をご参照願います。別シート「記号-番号の確認方法」をご覧ください。
ただし、マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】を参照できる場合は、当該画面で代用可能なため、原則申請は不要です。

被保険者等 記号・番号	記号 1	番号 12345	事業所 (勤務先) の名称 大和ハウス工業株式会社
被保険者の 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		
該当者欄	本人 ・ 家族 (氏名: 健保 花子 分)		
	生年月日	昭和 平成 令和 ×× 年 ×月 ×日	
理由欄	※該当する番号に○をしてください 1. 滅失 2. 棄損 3. その他() 事業主にて記入が必要です。事業所の担当者へ届け出てください。		

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	事業主記入欄
事業所名称	
事業主氏名	

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--

記号－番号の確認方法

健康保険の記号と番号の確認方法は、以下の通りです。

- DG-CORE の「人事記録確認」で確認
- 「資格情報のお知らせ(Pep Up)」で確認
- 「マイナ保険証(マイナポータル)」確認
- 「資格確認書」で確認

いずれの方法でも確認ができない場合は、会社の人事部へご確認ください。

DG-CORE の「人事記録確認」で確認する方法

※DG-COREが閲覧できる方のみ

人事記録確認

確認完了

2026年度 人事記録確認

あなたの人事記録は下記のとおり登録されています。

注意事項を必ず読み、登録内容の確認作業を行って下さい。

1. 個人記録 注意事項 (必読)

所属情報

所属:	
氏名:	従業員番号:
役職:	資格級:
部門:	職種:
入社年月日:	入社区分:
4/1勤続年数:	4/1年齢:
従業員区分:	本人出身地:
生年月日:	性別:
障がい者区分:	障がい者手帳有効期限:

各種情報

内線番号:	
外線番号:	
電子メール:	
FAX番号:	
基礎年金番号:	
企業年金基金加入者番号:	
DC加入者口座番号:	
持株Webログイン初期パス:	
ワード	

DG-COREが閲覧できる方のみ

あなたの
記号－番号が
確認できます

健康保険 記号:
健康保険 番号:

氏名

氏名 (ローマ字) はこの画面より直接入力してください (登録必須)

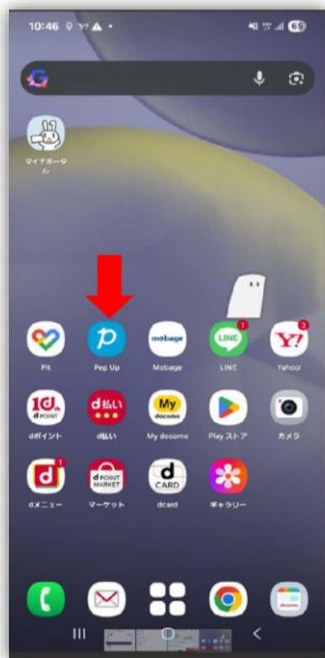
氏名:

氏名 (カナ):

「資格情報のお知らせ(Pep Up)」で確認する方法

※マイナ保険証登録の有無に関わらず

①Pep Up アプリをタップ



②その他をタップ



③資格情報のお知らせをタップ



④資格情報のお知らせの赤矢印の箇所に
記号・番号が掲載されています。

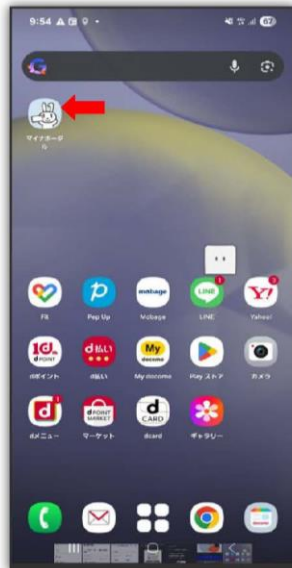


「マイナ保険証(マイナポータル)」確認する方法

※マイナ保険証登録をされている方

1. 「マイナ保険証」(マイナポータルから閲覧)・・・マイナ保険証登録をされている方

①マイナポータルをタップ



②登録・ログインをタップ



③電子証明書パスワード(数字4桁)を入力



④スマホにマイナカードを密着させる



⑤証明書の健康保険証をタップ



⑥下へスクロール



⑦資格情報の赤矢印の箇所に記号・番号が掲載されています。

区分
一般

記号

番号

校番

フリガナ

氏名

生年月日
昭和■年■月■日

性別
男

資格取得
 昭和■年■月■日

本人・家族の別

「資格確認書」で確認する方法

※マイナ保険証登録をされていない方

表面の赤枠の箇所に記号・番号が記載されています。

《裏 面》		《表 面》	
備考 ※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表明することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。 1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後であっても、移植のために臓器を提供します。 2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植のために臓器を提供します。 3. 私は、臓器を提供しません。 ※1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。 【 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球 】 〔特記欄：〕 署名年月日： 年 月 日 本人署名（自筆）： _____ 家族署名（自筆）： _____		〇〇都道府県国民健康保険資格確認書 有効期限 年 月 日 記 号 番 号 (姓 名) 姓 名 生 年 月 日 年 月 日 適用開始年月日 年 月 日 交付年月日 年 月 日 一部負担金の割合 世帯主氏名 生 所 家族者番号並びに交付者の名称及び印	