

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	
-----------------------	--