

常務理事		
記入しないでください		

【記入見本】

青字の箇所をご記入ください

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

① 被 保 険 者	記号番号	氏 名	生 年 月 日	性別
	記号 100 or 300	タナカ タロウ	年 月 日	男
	番号 12345	田中 太郎	昭和 平成 55 3 5	女
	連絡先 (電話番号)	(自宅) - - (携帯)	どちらかを○で囲ってください。	

フリガナ名	生 年 月 日	性別	続柄	申請理由
タナカ ハナコ	(自宅) 年 月 日	男	妻	1. 減失 2. き損
田中 花子	平成 57 4 5	女		
	昭和 年 月 日	男		
	平成 年 月 日	女		1. 減失 2. き損
	昭和 年 月 日	男		1. 減失 2. き損
	平成 年 月 日	女		

令和 7 年 4 月 23 日 上記のとおり再交付を申請します。

[受 付 印]

【留意事項】

1. 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は、スマートフォンなどを用いてマイナポータルへアクセスすることで参照することが可能です。
2. 医療保険の資格情報画面は、マイナポータルのダウンロード機能を用いることであらかじめスマートフォンなどに登録しておくことができます。
3. 医療保険の資格情報画面を参照することが可能な場合は、資格情報のお知らせ（紙）を携帯することは必須ではないため、紛失したとしても再交付の申請は不要です。

事業所所在地	()
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

本部
長印