常務理事	事務長	部 長	係長	係

## 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

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詳細は、以下留意事項を参照ください									
被保険者情報			記号	番号	生年月日	年月日			
		記号·番号	1501	1234	1 昭和 2 平成 6 0	年 1 1 月 0 1 日			
			フリガナ ケンポ タロウ						
		氏 名	健保 太郎						
		郵便番号	1 1 1 — 0 0 1 2	電話番号 06 - 1234 - 56		- 5678			
		住 所	大阪 都 道 〇〇〇						
		対象者	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						
	÷rt•	フリガナ 被 保 氏名 同上		生年月日		申請理由			
				同上		1.滅失 1 2.き損 3.その他( )			
対	被 フリガナ #		生年月日		申請理由				
対象者欄	食者①	氏名		1 昭和 2 平成 3 令和 年	Я П	1.滅失 2.き損 3.その他( )			
		フリガナ		生年月日		申請理由			
	扶養者②	氏名		1 昭和 2 平成 3 令和 年	Д Д	1.滅失 2.き損 3.その他( )			
	被共	フリガナ		生年月日		申請理由			
	扶養者③	氏名		1 昭和 2 平成 3 令和 年	Д Д	1.滅失 2.き損 3.その他( )			
留意事項	なお、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 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *					у — Пя о			
	F≅	アのとおり神母除老か	ら交付の申請がありましたので届出します。			프라마사in			
事		このとあり被保険者か 美所所在地 〒530-		受付日付印					
業		美所所任地 1530年	<b>!</b>						
主理		主氏名 産業 注							

電話番号 06-6372-5501 社会保険労務士の 提出代行者名記入欄