

資格情報のお知らせ再交付申請書

※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

申請日 年 月 日
日中連絡の取れる電話番号または内線番号
()

被保険者情報	記号・番号	記号 番号 □□ - □□□□□□□□	社員番号	法人コード	店部コード
	氏名	フリガナ	生年月日 5 昭和 7 平成 9 令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日		

対象者欄	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		
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日 同上	申請理由 □ 1.減失 2.棄損 3.その他()
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 5 昭和 □□ 年 □□ 月 □□ 日 7 平成 9 令和	申請理由 □ 1.減失 2.棄損 3.その他()
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 5 昭和 □□ 年 □□ 月 □□ 日 7 平成 9 令和	申請理由 □ 1.減失 2.棄損 3.その他()
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 5 昭和 □□ 年 □□ 月 □□ 日 7 平成 9 令和	申請理由 □ 1.減失 2.棄損 3.その他()

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

以下、記入および押印はしないでください。

常務理事	事務長	マネジャー	担当者