

健康保険 資格情報のお知らせ再交付申請書

申請日	年 月 日														
保険証		被保険者氏名								性別					
記号	番号									男・女					
生年月日	昭・平・令	年	月	日	マイナンバー										
事業所名称															
被保険者の住所															

*ここから下の太枠内は、交付を希望する人についてご記入ください。

氏名		続柄		申請理由 ()	下記理由欄より、 選択ください。										
生年月日	昭・平・令	年	月	日	マイナンバー										
氏名		続柄		申請理由 ()	下記理由欄より、 選択ください。										
生年月日	昭・平・令	年	月	日	マイナンバー										
氏名		続柄		申請理由 ()	下記理由欄より、 選択ください。										
生年月日	昭・平・令	年	月	日	マイナンバー										
氏名		続柄		申請理由 ()	下記理由欄より、 選択ください。										
生年月日	昭・平・令	年	月	日	マイナンバー										

理由欄

1. 資格情報のお知らせを滅失（紛失）したため
2. 資格情報のお知らせをき損（破損）したため
3. 被保険者（被扶養者）の氏名等の記載内容に変更が生じたため
4. その他 ()

*申請者がマイナ保険証を持っているかシステムで確認をし、マイナ保険証をお持ちでない方には資格情報のお知らせは発行できません。

資格情報のお知らせの発行までに5営業日以上の日数を要します。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主名称	
電話番号	

受付日印
