



記入例

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

被保険者情報	記号・番号	記号 100	番号 9999	生年月日 昭和 平成 令和 50年 6月 1日
	氏名	フリガナ キョクトウ タロウ 極東 太郎	事業所名 極東開発工業株式会社	
	郵便番号	663-8545	電話番号 0798-66-1000	
	住所	兵庫 都 道 府 県 西宮市甲子園口6-1-45		

対象者	3	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		
対象者欄	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 1 減失 2 き損 3 その他( )
	被扶養者①	フリガナ 氏名 キョクトウ ハナコ 極東 花子	生年月日 昭和 平成 令和 50年 4月 1日	申請理由 1 減失 2 き損 3 その他( )
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和	申請理由 1 減失 2 き損 3 その他( )
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和	申請理由 1 減失 2 き損 3 その他( )

留意事項	<p>医療保険の資格情報画面</p> <p>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。(右記QRコードからアクセスください。)</p> <p>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。</p>		<p>QRコード → アクセス 使用</p>
------	--	--	------------------------------------

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 大阪府大阪市中央区淡路町2-5-11
	事業所名称 極東開発工業株式会社
	事業主氏名 代表取締役社長 布原 達也

受付日付印
-------

決定伺	常務理事	係員	再交付年月日
			年 月 日