

健康保険組合(承認)			
常務理事	事務長	主任	担当

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

<下記の事項を必ずお読みください>

資格情報のお知らせは以下のどちらかで代用可能です。
これらの閲覧が不可能であり、紙のお知らせが必要な方のみ本申請書を提出ください。

・マイナポータル【医療保険の資格情報画面】

・PepUp【資格情報のお知らせ】

これらのページはダウンロードが可能で、受診前にあらかじめスマートフォンなどへの登録や印刷をしておくことができます。

マイナポータル
アクセス用
QRコード



医療保険の資格情報画面



PepUp
アクセス用
QRコード



資格情報のお知らせ



*太枠線内を記入してください。

申請年月日	令和 ** 年 ** 月 ** 日		
被保険者等 記号・番号(左詰めで記入)		被保険者	フリガナ
記号	番号	氏名	(氏) (名)
2 0 8	1 2 3 4 5 6	健保	ケンボ ヒロシ
事業所名称(所属会社名)		所属所課名称	
ロジスティード株式会社		〇〇営業所	
再交付が必要な方の氏名・続柄を記入してください。			
氏名		続柄	申請理由 (その他のときは理由も記入)
(氏) 健保	(名) ひろし	本人	☒ 滅失 ☐ き損 ☐ その他()
			☐ き損 ☐ 滅失 ☐ その他()
			☐ き損 ☐ 滅失 ☐ その他()
			☐ き損 ☐ 滅失 ☐ その他()

事業主の証明	上記のとおり、被保険者から資格情報のお知らせの再交付申請がありましたので提出いたします。
	事業所所在地
	事業主氏名

受付日付印