

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【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

常務理事	事務局長	業務部長	課 長	担当者

被保険者情報	記号・番号	記 号 番 号(左つめ)										生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日									
	氏名	フリガナ																			
	郵便番号											電話番号									
	住所	都 道 府 県																			

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		
対象者欄	被保険者 フリガナ 氏名	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	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 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 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		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 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		申請理由 1.減失 2.き損 3.その他()

[illegible]

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	印
	電話番号	

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--

受付日付印	
--------------	--