

資格情報のお知らせ 滅失届 兼 再交付申請書

資格情報のお知らせを紛失・き損などで再交付を希望する場合にご使用ください。
 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。

理事長	常務理事	事務長	担当

被保険者情報	被保険者証の記号番号	被保険者の氏名	被保険者の生年月日		
	—	フリガナ	昭和	年	月 日
			平成		
			令和		
被保険者の住所					
〒					

	氏名		生年月日			再交付の希望		再交付希望理由
	フリガナ		昭和	平成	令和	希望する	希望しない	
交付希望対象者	被保険者	同上	同上	同上	同上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 下記理由①～④から選択
	被扶養者①	フリガナ	年	月	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 下記理由①～④から選択
	被扶養者②	フリガナ	年	月	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 下記理由①～④から選択
	被扶養者③	フリガナ	年	月	日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 下記理由①～④から選択

再交付希望理由	① 盗難	② 紛失	③ 焼失	④ き損
---------	------	------	------	------

☆ 盗難・紛失・焼失した場合は、下記に記入してください。

資格情報のお知らせを 滅失した年月日		資格情報のお知らせを 滅失した場所	
資格情報のお知らせを 滅失した事由 (詳しく記入してください)			

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届出いたします。	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	〒

受付印