

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当

資格情報のお知らせ再発行申請書

被 保 険 者	被保険者の 記号・番号	記号	番号	
	氏 名	(フリガナ)		
対 象 者	氏 名	(フリガナ)		
	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日		
申 請 内 容	申請事由等	事由発生日	令和 年 月 日	
		☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ その他 ()		
		事由発生時の状況を詳細にご記入ください 		
	マイナンバーカードの有無	☐ 有 ☐ 無		

<提出先>

- 一 般 被 保 険 者 ： 所属事業所の社会保険担当部門(直接健保に届いたものは返送します)
- 任意継続被保険者： 健保組合

事 業 所 記 入 欄	事業所の所在地・名称・事業主・連絡先

受 付