

常務理事	事務長	係

健康保険 資格情報のお知らせ（再）交付申請書

※健康保険の記号・番号は、マイナポータルで確認できます。

被保険者 記号・番号					
記号		番号			
被保険者 氏名				被保険者 生年月日	
				☐ 昭和 ☐ 平成	
				年 月 日	
所属部署					
				☐ 申請者本人(被保険者)が作成した申請書である	
日中連絡の取れる連絡先 ※お問い合わせの際に利用します					
(電話番号)			(メールアドレス) ※社内使用のものでよろしければ記入不要		
対象者欄	氏名		続柄	生年月日 申請理由	
	(フリガナ)			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	
				年 月 日	
	(フリガナ)			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	
				年 月 日	
	(フリガナ)			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	
				年 月 日	
	(フリガナ)			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	
		年 月 日			

<健保使用欄>

交付履歴

交付日	事由	備考
☐ なし		

受付印

