

	常務理事	事務長	主任	担当
決裁				

ルネサス健康保険組合御中（送付先は、下記参照）

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

提出日 令和 年 月 日

被保険者情報		※枝番(-00)記入は不要です。	
被保険者の記号・番号			フリガナ
記号	番号 (右詰め)	被保険者 氏名	
事業所名(任継・特退の方は記入不要)			日中の連絡先 電話番号
社名		所属	
従業員番号 (右詰め)		事業所 コード	※事業所コードは、事業所健保担当者が記入

申請内容							
再交付を希望する方の氏名	フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
申請理由 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> その他()						

再交付を希望する方の氏名	フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
申請理由 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> その他()						

再交付を希望する方の氏名	フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
申請理由 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> その他()						

以下、任意継続被保険者及び特例退職被保険者のみ記入願います。※一般被保険者(社員)については、会社経由で送付します。

送付先住所 (原則、自宅住所)	〒	—
受取人氏名	受取人が被保険者以外の場合 続柄()	

<注意事項>

- 被保険者の資格情報のお知らせを交付希望の場合、申請内容にも被保険者の氏名等を記入して下さい。
- 資格情報のお知らせは、マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】で代用可能です。
その為、スマホ等で【医療保険の資格情報画面】を表示できる方は、資格情報のお知らせ(紙)は不要です。
- 【医療保険の資格情報画面】は、スマホ等にダウンロードすることも出来ます。

受付日印

<申請書の送付先>

加入区分	送付先
一般被保険者	社会保険労務士法人なんの木事務所 〒101-0063東京都千代田区神田淡路町2-29 ※社内便の場合:本/日立MP(OC2)(人事ソ)なんの木
任意継続被保険者、特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合 〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1

事業所所在地	
事業所担当印	事業所名称
	事業主氏名

インプット	証発行