ルネサス健保使用欄

決裁	常務理事	事務長	主 任	担 当

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												被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ
記号				番号（右詰め）									
事業所(いずれかに✔)			日中の連絡先　電話番号									連絡用メールアドレス	
□REL　□RSMC　□任継・特退													
従業員番号					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	ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
申請理由（いずれかに☑）	□ 紛失 □ 棄損 □ その他（　　）				

再交付を希望する方の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
申請理由（いずれかに☑）	□ 紛失 □ 棄損 □ その他（　　）				

再交付を希望する方の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
申請理由（いずれかに☑）	□ 紛失 □ 棄損 □ 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（　　）

受付日印

＜注意事項＞

1．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。
2．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。
3．【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。

＜申請書の送付先＞

加 入 区 分	送 付 先
一般被保険者	ソーシャリンクス株式会社・ソシア社労士オフィス［〒105-0003　東京都港区西新橋1-18-6-11F］
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]

事業所担当印	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名

インプット	証 発 行