

<注意>

この申請書は、「資格情報のお知らせ」の新規交付/再交付を申請するものです。

「資格情報のお知らせ」は、以下の場合を除き、医療機関の受診の際には使用出来ませんので、ご注意願います。

- ・修学旅行等の学校行事や部活動の合宿・遠征等における児童生徒が学校教員等の管理監督の下で使用する場合
- ・医療機関の設備トラブル等でマイナ保険証が利用出来ない場合に、マイナンバーカードと共に医療機関へ提示した場合
- ・マイナ保険証に対応していない医療機関を受診時に、マイナンバーカードと共に医療機関へ提示した場合

健康保険 資格情報のお知らせ 交付/再交付申請書

提出日 令和 年 月 日

被保険者の記号・番号										被保険者氏名		フリガナ		ケンコウ タロウ			
記号	1	1	1	番号 (右詰め)	1	1	1	1	1	1	健康 太郎						
事業所名 (任継・特退の方は記入不要)										事業所		日中の連絡先 電話番号		03-1234-5678			
社名	REL				所属												
従業員番号 (右詰め)											一般(従業員)の場合のみ、記入願います。		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	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()											交付を希望される方全員の情報を記入願います。 被保険者が交付を希望する場合、被保険者の記入も必要です。 申請理由が「その他」の場合、具体的な申請理由を記載願います。				
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)	〒											任意継続被保険者、または、特例退職被保険者のみ記入願います。 一般被保険者(従業員)の方は、記入不要です。				
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	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)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