

被保険者情報	記号・番号	記号 28XX 番号 XXXX	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	XX	XX	XX	日
	氏名	フリガナ ケンボ イチロウ 健保 一郎						
	郵便番号	XXX - XXXX	電話番号	XXX-XXXX-XXXX				
	住所	東京都青梅市東青梅X丁目XXX番地XX号						

対象者欄	対象者	3	1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分							
	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日	同上		申請理由	1 1.減失 2.き損 3.その他()			
	被扶養者①	フリガナ ケンボ ハナコ 氏名 健保 花子	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	XX	XX	XX	日	申請理由	2 1.減失 2.き損 3.その他()
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日	申請理由	1.減失 2.き損 3.その他()	
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日	申請理由	1.減失 2.き損 3.その他()		

留意事項	<p>資格情報のお知らせは、マイナポータルに登録されている【医療保険の資格情報画面】で代用可能です。医療保険の資格情報画面は、スマートフォンなどを用いてマイナポータルへアクセスすることで参照することが可能です。(右記QRコードからアクセスください。)</p> <p>なお、医療保険の資格情報画面は、マイナポータルのダウンロード機能を用いることであらかじめスマートフォンなどに登録しておくことができます。</p> <p>医療保険の資格情報画面を参照することが可能な場合は、資格情報のお知らせ(紙)を携帯することは必須ではないため、紛失したとしても再交付の申請は不要です。</p>	<p>医療保険の資格情報画面</p>  <p>QRコード アクセス用</p> 
------	--	--

事業主欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。	受付日付印
	事業所所在地	東京都XX区XX XX丁目XX番地XX号
	事業所名称	XXXX株式会社
	事業主氏名	代表取締役社長 XX XX
電話番号	XXXX-XX-XXXX	

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--