常務理事	事務長	当務者

健康保険
資格情報のお知らせ　再交付申請書

被保険者記入欄	記号番号	ー	事業所名						
	氏名	㊞	生年月日		年	月	日		
	申請対象者	※ご家族の場合は交付対象者名を記載して下さい。							
	届出理由	※いずれか該当するものを選択して下さい。その他を選択した場合は詳しく理由を記載して下さい。 ☐ き損　☐ 滅失 ☐ その他 （　　）							
事業所記入欄	上記の申請について、相違ないことを証明します 令和　　年　　月　　日 所在地 名　称 事業主 氏　名　　㊞								
健保記入欄	再交付年月日	令和　　年　　月　　日							
	備考								

（古河健康保険組合）

※　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。
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。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。

【マイナポータル】

入力チェック	健保受付印