

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	—	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									
	再交付 年月日	令和 年 月 日								
健 保 記 入 欄	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