

常務理事	事務長	課 長	合 議	係

被保険者情報	記号	番号				
	被保険者等 記号・番号	1234	400			
	氏名	(フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年 月 日	030525
住所	(〒 121-1212)	滋賀 都府県	〇〇市〇〇町〇番地 〇〇マンション103号			

対象者欄	対象者	3 1. 被保険者（本人）分のみ 2. 被扶養者（家族）分のみ 3. 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分		
	被保険者	氏名 (フリガナ) 同上	生年月日 同上	申請理由 2 1. 滅失 2. き損 3. その他（ ）
	被扶養者①	(フリガナ) ケンコウ ハナコ 健康 花子	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 年 月 日 05 01 10	1 1. 滅失 2. き損 3. その他（ ）
	被扶養者②	(フリガナ) 	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 [][][][][]	☐ 1. 滅失 2. き損 3. その他（ ）
被扶養者③	(フリガナ) 	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 [][][][][]	☐ 1. 滅失 2. き損 3. その他（ ）	

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。)

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。

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。		令和 6 年 12 月 10 日 提出	
	事業所所在地	滋賀県〇〇市〇〇町〇一〇	決定日付印	受付日付印
	事業所名称	〇〇農業協同組合		
	事業主氏名	代表理事理事長 〇〇 〇〇		
	電話番号	1234-56-8900		
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄				