

健康保険 資格情報のお知らせ 再通知申請書

T04

被 保 険 者 情 報	記号			氏 名		生 年 月 日		
	番号					昭和 ・ 平成	年	月

再 通 知 対 象 者	本 人	◎被保険者分を申請するときは、 ☒ を入れてください。			
		☐ 被保険者分を申請する			
	家 族	◎下記に再通知が必要な被扶養者について記入してください。			
		被 扶 養 者 氏 名		生 年 月 日	
			昭和 平成 令和	年	月
		昭和 平成 令和	年	月	日

再 通 知 申 請 の 理 由	◎該当するものに ☒ を入れてください。	
	☐ 減 失 ☐ き 損 ☐ その他	
◎上記に至る経緯とマイナポータルの「医療保険の資格情報」を確認することができない理由を記入してください。		

備 考	
-----	--

令和 年 月 日 申請

受付日付印

事 業 主 証 明 欄	上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出します。 なお、この申請は申請者本人（被保険者）が作成又は記載内容について誤りがないことを確認したものです。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	

【添付書類】

◎任意継続被保険者が申請するときは、本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄