

※申請前にご一読ください

医療保険の資格情報画面

ア Q
ク R
セ コ ➤
ス ー
用 ド



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。

常務理事	事務長	担当

被 保 険 者 情 報	記号	200	番号		令和	昭和	年	月	日
					生年 月日	平成 令和			
	氏名	(フリガナ)			(氏)				
		(氏)			(名)				
	住所	〒 電話番号							

対象者欄	被保険者	(フリガナ) (氏名) 同上	生年月日 同上				申請理由 ☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	(フリガナ) (氏名)	生年月日 昭和 平成・令和	年	月	日	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者②	(フリガナ) (氏名)	生年月日 昭和 平成・令和	年	月	日	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者③	(フリガナ) (氏名)	生年月日 昭和 平成・令和	年	月	日	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	1. 滅失
	2. き損
	3. その他（ ）

健保受付印