

健康保険 資格情報のお知らせ 交付申請書

資情

※記入方法等については「記入の手引き」をご確認ください。

資格情報のお知らせの交付を希望する場合にご使用ください。

被保険者情報	記号・番号	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	個人番号 (マイナンバー)			<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>		
	氏名	<input type="text"/>		
	郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>
	住所	都 道 府 県		

交付対象者	対象者	<input type="checkbox"/>	1. 被保険者(本人)分のみ 2. 被扶養者(家族)分のみ……………⑦欄に交付対象のご家族の情報をご記入ください。 3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分……………⑧欄に交付対象のご家族の情報をご記入ください。			
	⑦ 被保険者	氏名(カタカナ)	同上	生年月日	同上	
	⑧ 被扶養者	(1) 氏名(カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。	<input type="text"/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
		(2) 氏名(カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。	<input type="text"/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
(3) 氏名(カタカナ)		姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。	<input type="text"/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日	

備考	<input type="text"/>
----	----------------------

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

受付日付印

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有(添付あり) 2. 記入有(添付なし) 3. 記入無(添付あり)	その他	<input type="checkbox"/>	1. その他 2. 処理票	(理由)	枚数	<input type="text"/>
-------------	--------------------------	--	-----	--------------------------	------------------	------	----	----------------------

2 7 1 1 1 1 0 2

(2024.12)