

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。

記号・番号	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日 1.昭和 2.平成 3.令和			
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)		
被保険者情報 氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>					
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。						
氏名						
郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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				

備考

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。

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

2	7	1	1	1	1	0	2
---	---	---	---	---	---	---	---

(2024 12)



全国健康保険協会
協会けんぽ