

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

「資格情報のお知らせ」を紛失・き損したために再交付を希望する場合はご使用ください。
ただし、マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】を参照できる方は、当該画面で代用可能なため、原則申請は不要です。
詳細は、以下の留意事項を参照ください。

被保険者情報	記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
				5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日
	氏名	フリガナ		
	郵便番号	—	電話番号	() —
	住所(居所)	都 道 府 県		

対象者欄	対象者	選択してください 1. 被保険者(本人)のみ 2. 被扶養者(家族)のみ 3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
		同 上	同 上	1.滅失 2.き損 3.その他()
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
		個人番号	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 9. 令和	1.滅失 2.き損 3.その他()
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
個人番号		5. 昭和 年 月 日 7. 平成 9. 令和	1.滅失 2.き損 3.その他()	

留意事項	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】の画面で代用することができます。 【医療保険の資格情報】の画面は、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できます。 (右記QRコードからアクセスください。)	医療保険の資格情報画面	AQR クセ コ ス 用 ド	
	なお、【医療保険の資格情報】の画面は、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】の画面を参照することができる方は、資格情報のお知らせ(紙)の携帯は必須ではないため、紛失・き損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。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄

受付日付印

※健保組合 処理欄					令和 年 月 日
決 裁	常務理事	事務長	審 査	担 当	