

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

健康保険組合

常務理事 事務長 扱者

資格情報のお知らせを紛失・棄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【医療保険の資格情報画面】を参照できる場合は、当該画面で代用可能なため、**原則申請は不要**です。
 詳細は、以下留意事項を参照ください。

被 保 険 者 情 報	記入日	令和	年	月	日	↓被保険者氏名は手書きでお願いします。	
	記号	番 号	被保険者名			生年月日	
			(フリガナ)			1 昭和	
						2 平成 年 月 日	
						3 令和	
	被 保 険 者 住 所					電 話 番 号	
	〒 -						

対 象 者 欄	対象者	1：被保険者（本人）のみ 2：被扶養者（家族）分のみ 3：被保険者（本人）および被扶養者（家族）分			
		氏 名	続柄	生年月日	申請理由
	被 保 険 者	(フリガナ)		1 昭和 2 平成 年 月 日 3 令和	<input type="checkbox"/> 1：滅失 <input type="checkbox"/> 2：毀損 <input type="checkbox"/> 3：その他
	被 扶 養 者 ①	(フリガナ)		1 昭和 2 平成 年 月 日 3 令和	<input type="checkbox"/> 1：滅失 <input type="checkbox"/> 2：毀損 <input type="checkbox"/> 3：その他
	被 扶 養 者 ②	(フリガナ)		1 昭和 2 平成 年 月 日 3 令和	<input type="checkbox"/> 1：滅失 <input type="checkbox"/> 2：毀損 <input type="checkbox"/> 3：その他
	被 扶 養 者 ③	(フリガナ)		1 昭和 2 平成 年 月 日 3 令和	<input type="checkbox"/> 1：滅失 <input type="checkbox"/> 2：毀損 <input type="checkbox"/> 3：その他
被 扶 養 者 ④	(フリガナ)		1 昭和 2 平成 年 月 日 3 令和	<input type="checkbox"/> 1：滅失 <input type="checkbox"/> 2：毀損 <input type="checkbox"/> 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画面】で代用可能です。		
	医療保険の資格情報画面は、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することが可能です。（右記QRコードからアクセスください。）		
	なお、医療保険の資格情報画面は、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。		

事 業 主 欄	事業所所在地	受付日
	事業所名称	
	事業主氏名	