



健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号・番号	—	個人番号 (マイナンバー)				
	会社名			所属名称			
	フリガナ			生年月日	昭和		
	氏名				平成	年	月
	勤務先 電話番号	()	—	自宅電話番号	()	—	
	住所	(郵便番号 —)					
		都道	市区				
		府県	町村				

対 象 者 欄	対象者		1. 被保険者（本人）分のみ 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				
	被 保 険 者	フリガナ		生年月日	申請理由		
		氏名	同上	同上	<input type="checkbox"/>	1. 滅失 2. き損 3. その他 ()	
	被 扶 養 者 ①	フリガナ		生年月日	申請理由		
		氏名		昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	1. 滅失 2. き損 3. その他 ()	
	被 扶 養 者 ②	フリガナ		生年月日	申請理由		
		氏名		昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	1. 滅失 2. き損 3. その他 ()	
	被 扶 養 者 ③	フリガナ		生年月日	申請理由		
氏名			昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	1. 滅失 2. き損 3. その他 ()		

<p>留意事項</p> <p>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。</p> <p>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。)</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>医療保険の資格情報画面</p> 	<p>QRコード アクセス用</p> 
--	---	--

被保険者 確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りが無い申請者本人が確認している。
---------------------	--------------------------	--

(提出先) 加入者 → 事業主 → 健康保険組合

決定

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提出します。

健 保 組 合	伺			入力	交付
	常務理事	事務長	担当		

事 業 主	各長	担当

受付印