

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

申請日 令和 6 年 12 月 2 日

被 保 険 者 情 報	記号・番号	20 - 555555	個人番号 (マイナンバー)	
	会社名	〇〇〇〇(株)	所属名称	〇〇部 〇〇課
	フリガナ	ケンコウ タロウ	生年月日	昭和 平成 57 年 10 月 15 日 令和
	氏名	健康 太郎		
	勤務先 電話番号	(000) 123-4567	自宅電話番号	(000) 9876 - 5432
	住所	(郵便番号 000-1234) 広島 都道府県 広島 市区町村 〇〇区〇〇町〇番〇〇号 〇〇マンション101		

対 象 者 欄	対象者		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	生年月日	申請理由
		氏名	同上	<input type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. き損 <input type="checkbox"/> 3. その他()
	被 扶 養 者 ①	フリガナ	生年月日	申請理由
		氏名	健康 華子 昭和 平成 令和 7 年 11 月 8 日	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. き損 <input type="checkbox"/> 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 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. き損 <input type="checkbox"/> 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 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. き損 <input type="checkbox"/> 3. その他()	

留 意 事 項	<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 checked="" 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ないか申請者本人が確認している。
---------------------------------	-------------------------------------	---

(提出先) 事業主 → 健康保険組合

決定 交付

健康保険組合

被保険者が必ず記入してください。記入漏れの場合は、返却させていただきます。

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。

事業主	各長	担当

受付印