

常務理事	事務長	課長	係員

事業所	確認者	担当者

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・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	記号・番号	16 —	被保険者氏名 フリガナ 氏名
	被保険者が勤務している事業所		生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
	被保険者住所	〒 —	☎ ()

対象者欄	対象者	1. 被保険者本人(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 ※該当する番号に○をしてください	
	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日

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。 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 style="text-align: center;">医療保険の資格情報画面</p>  <p style="text-align: right;">QRコード アクセス 用</p> 
------	--	--

事業主欄	事業所所在地	令和 年 月 日 提出
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

決裁日付印	確認日付印	受付日付印