

記入見本



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
ただし、マイナポータル【医療保険の資格情報画面】を
詳細は、以下留意事項を参照ください

個人番号は絶対に記入しないで下さい。
被保険者等の記号・番号が不明な場合はお問い合わせ下さい。

被保険者情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 × ×	番号 1 2 3 4 5	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
	氏名	阿込 太郎				必ず本人が自署してください。	
	住所	(〒 ××× - ××××)				電話番号	
	〇〇 都道 府(県)	〇〇市〇〇1-2-3-123				〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分		<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(家族)分		<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被保険者	氏名	生年月日	事由発生日	申請理由			
		対象者が被扶養者の場合は記載してください。			令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他()		
	被扶養者①	阿込 華子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	<input checked="" type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他()			
	被扶養者②		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他			
被扶養者③		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 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。)	医療保険の資格情報画面 	QRコード スキャン 用ド	
	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。			

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。

令和 年 月 日

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

健康保険組合使用欄			
常務理事	事務長		担当者

健康保険組合受付日