

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	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 □ □ □ □	番号 □ □ □ □ □ □ □ □	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	□ □ □ □ 年 □ □ □ □ 月 □ □ □ □ 日
	氏名					
住所				電話番号		
(〒 -)				- -		
都道 府県						

対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分 <input 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				
対象者欄	被保険者	氏名	生年月日	事由発生日	申請理由
		同上	同上	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	氏名	生年月日	事由発生日	申請理由
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	□ □ □ □ 年 □ □ □ □ 月 □ □ □ □ 日	□ □ □ □ 0 <input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他()
被扶養者②	氏名	生年月日	事由発生日	申請理由	
		<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	氏名	生年月日	事由発生日	申請理由	
		<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()	

<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。 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> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <p style="font-size: small;">医療保険の資格情報</p> <p style="font-size: x-small; color: red;">※この画面はマイナポータルからアクセス可能な場合があります。マイナポータルからアクセスしてください。</p> <p style="font-size: x-small; text-align: right;">更新日時：2024年03月05日 09:55</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr><td>姓 名</td><td>XXXX健康保険組合</td></tr> <tr><td>生 年 月 日</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>性 別</td><td>1</td></tr> <tr><td>生 年 月 日</td><td>000000</td></tr> <tr><td>姓 名</td><td>00</td></tr> <tr><td>性 別</td><td>XX XX</td></tr> </table> <p style="font-size: x-small;">70歳以上の方又は後期高齢者医療の加入者</p> <p style="font-size: x-small;">--- 期 間 数 額 ---</p> <p style="font-size: x-small;">--- 特 別 給 付 額 ---</p> <p style="font-size: x-small;">(注) マイナポータルが読み取りが可能な機能的な場合は、原則としてマイナポータルから資格情報画面にアクセス可能な場合があります。マイナポータルからアクセスできない場合は、マイナポータルからアクセス可能な場合は、マイナポータルからアクセスしてください。</p> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p>QRコード スキャン</p> </div>	姓 名	XXXX健康保険組合	生 年 月 日	00000000	性 別	1	生 年 月 日	000000	姓 名	00	性 別	XX XX
姓 名	XXXX健康保険組合												
生 年 月 日	00000000												
性 別	1												
生 年 月 日	000000												
姓 名	00												
性 別	XX XX												

事業主欄	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