

常務理事	事務局長	事務局次長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係

## 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

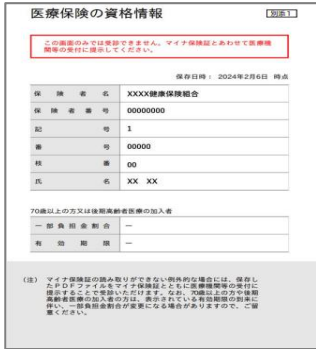
資格情報のお知らせを紛失・き損したために再交付を希望する場合にご使用ください。

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	記号	番号	生年月日
	氏名	フリガナ		
	郵便番号	-	電話番号	
	住所			

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者（本人）のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者（家族）のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分		
	被保険者	フリガナ氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 <input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他（ ）
	被扶養者①	フリガナ氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 3 令和	申請理由 <input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他（ ）
	被扶養者②	フリガナ氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 3 令和	申請理由 <input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他（ ）
	被扶養者③	フリガナ氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 3 令和	申請理由 <input type="checkbox"/> 1.減失 <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。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>この画面のみでは確認できません。マイナポータルとあわせて医療保険の資格情報画面を確認してください。</p> <p>保存日時：2024年2月6日 時点</p> <table border="1"><tr><td>保険者名</td><td>XXXX健康保険組合</td></tr><tr><td>保険者番号</td><td>00000000</td></tr><tr><td>記号</td><td>1</td></tr><tr><td>番号</td><td>00000</td></tr><tr><td>枝番号</td><td>00</td></tr><tr><td>氏成氏</td><td>XX XX</td></tr></table> <p>70歳以上の方は後期高齢者医療の加入者</p> <table border="1"><tr><td>一部負担割合</td><td>-</td></tr><tr><td>有効期限</td><td>-</td></tr></table> <p>(注) マイナポータルでの読み取りができない特別な場合には、保存したデータから読み取り可能なように印刷物の提出を推奨いたします。なお、印刷以上の方の印刷物の提出は、必ずマイナポータルに有効期限の更新が完了している必要があります。</p>	保険者名	XXXX健康保険組合	保険者番号	00000000	記号	1	番号	00000	枝番号	00	氏成氏	XX XX	一部負担割合	-	有効期限	-	QRコード QRコード QRコード
	保険者名	XXXX健康保険組合																	
保険者番号	00000000																		
記号	1																		
番号	00000																		
枝番号	00																		
氏成氏	XX XX																		
一部負担割合	-																		
有効期限	-																		

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。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印
-------

社会保険労務士の提出代行者名記入欄
-------------------