

常務理事	事務局長	課長	担当課長	係長	係	係

## 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

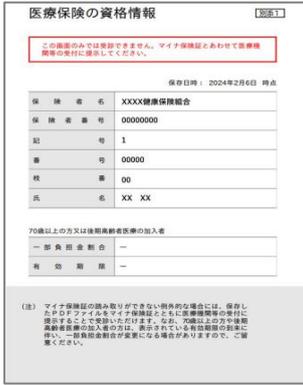
情

資格情報のお知らせを紛失・棄損したため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	—	取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	住所	〒 -					

対象者欄	氏名	続柄	生年月日（本人は省略可）	申請理由
			昭和 平成 令和	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他( )
			昭和 平成 令和	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他( )
			昭和 平成 令和	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他( )

留意事項	<p>資格情報のお知らせは、マイナポータルの【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。 (右記二次元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>マイナポータル 医療保険の資格情報画面</p>  <p>二次元コード</p> 
------	---	---

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 ( )	

受付印