

常務理事	事務長		係

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

申請日 令和 年 月 日

被保険者等 記号番号	記号		被保険者氏名	Ⓜ		
	番号		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
事業場	名称					
	所在地					
交付対象者 (□に✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) <input type="checkbox"/> 両方					
交付が必要な人	氏名		続柄	本人		
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	申請理由	1. 滅失    2. き損 3. その他 (    )	
交付が必要な人	氏名		続柄			
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	申請理由	1. 滅失    2. き損 3. その他 (    )	
交付が必要な人	氏名		続柄			
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	申請理由	1. 滅失    2. き損 3. その他 (    )	
交付が必要な人	氏名		続柄			
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	申請理由	1. 滅失    2. き損 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QRコードからアクセスしてください。)</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>					



QRコードアクセス用

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

受付日付印