

## 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

被保険者		被保険者氏名	事業所名称
記号	番号	(フリガナ)	
住所	〒		

常務理事	事務長		担当者

対象者欄	氏名	性別	生年月日	続柄	理由欄
	被保険者	(フリガナ)		年 月 日	本人
被扶養者	(フリガナ)		年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 : 滅失 ( ) <input type="checkbox"/> 2 : き損 ( ) <input type="checkbox"/> 3 : 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。)


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。

医療保険の資格情報画面



QRコード  
アクセス  
用



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	

令和 月 日 提出

受付日付印

## 記入例

## 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

被保険者	被保険者氏名	事業所名称	常務理事	事務長	担当者
記号	番号	(フリガナ) トウア タロウ			
10	12345	東亜 太郎			
住所	〒	東京都港区〇〇〇1-1-1			
	123-4567				

【滅失】  
状況について記載してください。

氏名	性別	生年月日	続柄	理由欄
被保険者 (フリガナ)		年 月 日	本人	<input type="checkbox"/> 1 : 滅失 ( ) <input type="checkbox"/> 2 : き損 ( ) <input type="checkbox"/> 3 : その他 ( )
被扶養者 (フリガナ) トウア ハナコ 東亜 花子	女	昭和 56 12 12	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 1 : 滅失 ( 外出中に資格情報のお知らせを落としてしまった ) <input type="checkbox"/> 2 : き損 ( ) <input type="checkbox"/> 3 : 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。)

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。

## 医療保険の資格情報画面

医療保険の資格情報

この画面のみは非表示です。マイナポータルと連携して医療保険の資格情報を参照してください。

保存日時: 2024年2月6日 時点

保 険 者 氏 名	XXXX健康保険組合
保 険 者 番 号	00000000
記 号	1
番 号	00000
姓 名	〇〇
氏 名	XX XX

20歳以上の方は後期高齢者医療の加入者

一 期 高 齢 者 割 合	-
後 期 高 齢 者 割 合	-

(注) マイナポータルは個人情報が公開されるものではありません。マイナポータルを利用する場合は、マイナポータル利用規約に同意する必要があります。また、マイナポータルを利用する場合は、マイナポータル利用規約に同意する必要があります。また、マイナポータルを利用する場合は、マイナポータル利用規約に同意する必要があります。

QR  
コード  
ス  
ク  
ア  
ン  
ナ  
ー



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		

令和 月 日 提出

受付日付印