

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

課 長	課長補佐	課 員

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、**原則再交付は不要です**
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(左つめ)	番号(左つめ)	生年月日			
				1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日
	氏名	フリガナ					
	郵便番号		電話番号				
住所	都 道 府 県						

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	生年月日	申請理由			
		同上	同上	<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	申請理由			
			<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和	年	月	日	<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	申請理由				
		<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和	年	月	日	<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	申請理由				
		<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()	

留意事項	<p>マイナ保険証非対応の医療機関にかかる場合等以外は、『資格情報のお知らせ』を提示する必要はないため、当該医療機関にかかる予定のある方以外は『資格情報のお知らせ』を紛失したとしても再交付する必要は原則ありません。</p> <p>また『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>マイナ保険証非対応の医療機関にかかる場合等であっても、マイナポータル【医療保険の資格情報画面】を提示すれば紙の『資格情報のお知らせ』は不要です。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>	<div>医療保険の資格情報</div> <div>この画面のみでは使用できません。マイナ保険証と合わせて医療機関等の窓口にご持参ください。</div> <div>保存日時: 2024年2月6日 時点</div> <table><tr><td>保 険 者 氏 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>姓</td><td>氏</td></tr><tr><td>姓</td><td>00000</td></tr><tr><td>姓</td><td>00</td></tr><tr><td>姓</td><td>XX XX</td></tr></table> <div>70歳以上の方又は後期高齢者医療の加入者</div> <div>一 期 間 別 費 用 額</div> <div>有 効 期 限</div> <div>(注) マイナ保険証の読み取りができない医療機関の場合は、保存したQRコードをマイナ保険証とともに医療機関等の窓口へ提示する必要があります。なお、当該医療機関がマイナ保険証の読み取りに対応している場合は、保存したQRコードを提示し、一時的にマイナ保険証が読み取れない場合は、マイナ保険証の提示をお願いします。</div>	保 険 者 氏 名	XXXX健康保険組合	保 険 者 番 号	00000000	姓	氏	姓	00000	姓	00	姓	XX XX	QRコード アクセ スコ ード 用 ド	
	保 険 者 氏 名	XXXX健康保険組合														
保 険 者 番 号	00000000															
姓	氏															
姓	00000															
姓	00															
姓	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。	受付日付印
	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		