

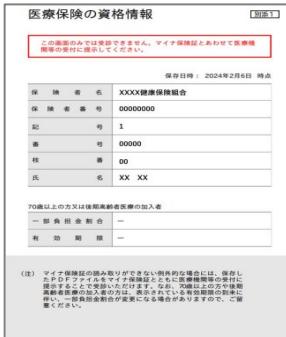
健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

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、マイナポータルの【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(左づめ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	番号(左づめ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	フリガナ		
	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号 <input type="text"/> <input type="text"/>	
	住所	都道府県		

対象者欄	対象者 <input type="checkbox"/>	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分	
	被保険者 氏名 フリガナ 同上	生年月日 同上	申請理由 <input type="checkbox"/> 1.滅失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()
	被扶養者① 氏名 フリガナ 同上	生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 1.滅失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()
	被扶養者② 氏名 フリガナ 同上	生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 1.滅失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()
	被扶養者③ 氏名 フリガナ 同上	生年月日 <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 1.滅失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()

留意事項	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。		
	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できます。(右記QRコードからアクセスください。)		
	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、マイナポータルの【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。		
	 QRコード セコイ 用ド  この画面のみは提出できません。マイナ保険証とあわせて医療機関等の受付に提出してください。 保険者番号 XXXX健康保険組合 記録番号 00000000 年齢 1 性別 女性 氏名 〇〇 XX XX 登録料金 00 保険料金 00 保険料金割合 100% 有効期限 2024年2月6日 時点 (注) マイナ保険証の読み取りができない際的な場合には、提出し PDFファイルをマイナ保険証とともに医療機関等の受付に提出してください。また、マイナ保険証の読み取りができない場合は、医療機関等の受付の方は、表示されている有効期限の割合に応じて保険料金割合が変更となる場合がありますので、ご留意ください。		

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		

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	受付日付印
-----------------------	-------