

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

記入見本

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	記号(左つめ) <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	番号(左つめ) <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	年	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	月	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	日	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>
	氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子										
	郵便番号	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>			電話番号	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>						
	住所	都 道 大阪 府 県 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇										

対象者欄	対象者	2 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		資格情報のお知らせを再発行する対象者を1~3から選択して番号を記入											
	被保険者	フリガナ	氏名	同上	生年月日	同上			申請理由	1.減失 2.き損 3.その他()					
	被扶養者①	フリガナ	氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日	2 1 昭和 2 平成 3 令和	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	年	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	月	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	日	1 1.減失 2.き損 3.その他()		
	被扶養者②	フリガナ	氏名		生年月日									申請理由	1.減失 2.き損 3.その他()
	被扶養者③	フリガナ	氏名		生年月日										申請理由

被保険者が対象者でない場合は「同上」のまま「申請理由」を空白にしておく

再交付理由を1~3から選択。3. その他の場合は()に理由を記載してください

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。(右記QR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>医療保険の資格情報画面</p> <p>アQRコード ク→ セ ス 用</p>
------	--	---

事業主欄	<p>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。</p> <p>〒 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇</p> <p>事業所所在地 大阪府大阪市中央区〇〇町〇〇-〇〇</p> <p>事業所名称 〇〇株式会社</p> <p>事業主氏名 取締役社長〇〇 〇〇</p> <p>電話番号 〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇</p>	<p>事業主が記入する欄です</p> <p>社会保険労務士の 提出代行者名記入欄</p>
------	--	--

受付日付印

常務理事	事務長	担当