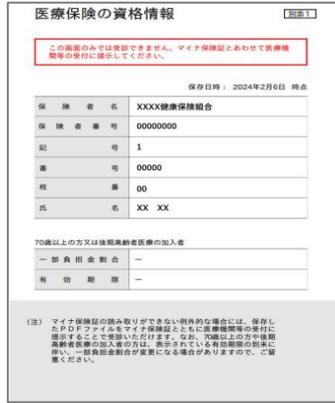


# 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	担当者

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号	番号	社員番号	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 [ ]年 [ ]月 [ ]日	
	社員(被保険者)氏名	フリガナ			資格情報のお知らせの送付先を該当に○してください	1 社内便 (所属宛) ( [ ]ビル/[ ]階 )
	電話番号					2 自宅宛 (記入住所宛)
	自宅住所	〒 [ ]				

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 [ ] 1 昭和 [ ] 2 平成 [ ] 3 令和 [ ]年 [ ]月 [ ]日	申請理由	
				<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 [ ] 1 昭和 [ ] 2 平成 [ ] 3 令和 [ ]年 [ ]月 [ ]日	申請理由		
			<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 [ ] 1 昭和 [ ] 2 平成 [ ] 3 令和 [ ]年 [ ]月 [ ]日	申請理由		
			<input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 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。</p> <p>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。</p> <p>(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>医療保険の資格情報</p> <p>この画面のみでは参照できません。マイナポータルとあわせて医療保険等の交付に使用してください。</p> <p>保存日時: 2024年2月6日 時点</p> <p>保 険 者 名 XXXX健康保険組合</p> <p>保 険 者 番 号 00000000</p> <p>記 号 1</p> <p>番 号 00000</p> <p>枝 番 00</p> <p>氏 名 XX XX</p> <p>70歳以上の方又は後期高齢者医療の加入者</p> <p>一 部 負 担 金 割合 -</p> <p>有 効 期 限 -</p> <p>(注) マイナポータルでの読み取りができない場合があります。保存したPDFファイルをマイナポータルとともに医療保険等の交付に添付することによって読み取ることができます。なお、70歳以上の高齢者医療の加入者の方は、表示されている有効期限の欄に「-」(一部負担割合が変更になる場合があります)と記載してください。</p>	 <p>↑</p> <p>QRコード アクセス用</p>
------------------	--	--	---

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
-------