

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	部長	課長	係長	係

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。
 自署の場合は被保険者情報の氏名欄は押印は省略可能です。
 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"/>	番号(左つめ) <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	フリガナ <input type="text"/> (印)		
	郵便番号	<input type="text"/>	電話番号	<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)のみ <input type="checkbox"/> 2. 被扶養者(家族)のみ	(左の口の中に該当する対象者の番号をご記入ください。)	
	被保険者	フリガナ氏名 同上	生年月日 同上	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①	フリガナ氏名	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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


医療保険の資格情報画面

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。

QRコード



医療保険の資格情報

この画面からは見ることができません。マイナポータルと合わせて検索機能を使用してください。

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
知 姓	1
性 別	00000
姓 名	00
氏 名	XX XX

70歳以上の方は定期高齢者世帯の加入者

一部 喪 失 期 間: --
特 定 期 間: --

(注) マイナポータルが読み取れない場合は、印刷したものがマイナポータルで検索可能な場合があります。印刷可能な場合は、印刷したものをマイナポータルで検索してください。印刷可能な場合は、印刷したものをマイナポータルで検索してください。印刷可能な場合は、印刷したものをマイナポータルで検索してください。

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	<input type="text"/>

受付日付印

【注意事項】

ア. 申請をする場合、被保険者(本人)は被保険者分(本人分)のみで、被扶養者(家族)は被扶養者分(家族分)のみでの申請をお願いします。

イ. 被扶養者分(家族分)を申請する場合は、3人分まではまとめて申請できます。