

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

・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、原則申請は不要です。詳細は、下の留意事項を参照ください。

・ご記入いただいた内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table> 番号(左つめ) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> </tr> </table> 生年月日 <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>1 昭和 2 平成 3 令和</td> <td>5 0</td> <td>年</td> <td>0 8</td> <td>月</td> <td>1 2</td> <td>日</td> </tr> </table>							1	0	0					X	X	X	X	1	1 昭和 2 平成 3 令和	5 0	年	0 8	月	1 2	日
							1	0	0																		
					X	X	X	X																			
	1	1 昭和 2 平成 3 令和	5 0	年	0 8	月	1 2	日																			
氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎																										
郵便番号	<table border="1"> <tr> <td>5</td><td>6</td><td>4</td><td>0</td><td>0</td><td>5</td><td>1</td> </tr> </table> 電話番号 <table border="1"> <tr> <td></td><td>0</td><td>9</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td> </tr> </table>	5	6	4	0	0	5	1		0	9	0	1	0	0	1	2	0	0	2							
5	6	4	0	0	5	1																					
	0	9	0	1	0	0	1	2	0	0	2																
住所	大阪 都 道 府 県 吹田市豊津町〇ー〇																										

き損の場合、旧の資格情報のお知らせを返却ください。

対象者		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	
対象者欄	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上
	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
	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
	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

返却ください。

1 減失
2 き損
3 その他()

1 減失
2 き損
3 その他()

1 減失
2 き損
3 その他()

1 減失
2 き損
3 その他()

留意事項

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
アクセス用

医療保険の資格情報画面

医療保険の資格情報

この画面のみでは閲覧できません。マイナ保険証と合わせて医療機関等に提示しご利用ください。

発行日時： 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	000000000
記	1
番 号	00000
姓 名	OO
氏 名	XX XX

下記以上の方法により詳細な顔写真を追加できます

一 部 表 示 数 値 合 計	—
有 効 期 限	—

(注) マイナ保険証の読み取りができない機器的な場合には、一度申し込みにて変更いただく必要があります。なお、写真には顔のみや半身像のみ、一部顔以外の部分も写り込んでいても構いません。また、顔写真は顔の正面に撮らなければならず、背景は白または淡い色であることが必要です。また、顔写真は顔の正面に撮らなければならず、背景は白または淡い色であることが必要です。また、顔写真は顔の正面に撮らなければならず、背景は白または淡い色であることが必要です。



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	〇〇県〇〇市 × 町〇〇-〇〇	
	事業所名称	(株)ダスキン●●	
	事業主氏名	代表取締役 吹田 一郎	
	電話番号	06-0003-0001	

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

(健康保險組合使用欄)

受付日付印

常務理事	事務長			担当者