

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

被 保 険 者	記号・番号	記号 ----- 番号 -----	被保険者 氏名				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	〒 -					

資格情報のお知らせの再交付について、次の通り申請します。 [いずれかにし、詳細を記入]

対 象 者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分					申請理由	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)分 1 2 3 4	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	申請理由	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他()
		フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	申請理由	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他()
		フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	申請理由	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他()
		フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	申請理由	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 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。 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してください。)</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保存することができます。</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>							<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> アクセス用 QRコード </div> 		

年 月 日

住所
事業所
名称
事業主 氏名

受付日付印