

常務理事		

## 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

① 被 保 險 者	被保険者 記号番号	フ リ ガ ナ 氏 名				生 年 月 日				性別	
	記号					印	昭和	年	月	日	男
	番号						平成				女
	連絡先 (電話番号)	(自宅)	-	-	(携帯)	-	-	-	-	-	

② 対 象 者	フ リ ガ ナ 氏 名	生 年 月 日				性別	続柄	申請理由
		昭和	年	月	日	男		1. 滅失 2. き損
		平成				女		
		令和				男		
		昭和	年	月	日	女		1. 滅失 2. き損
		平成				男		
		令和				女		1. 滅失 2. き損
		昭和	年	月	日	男		
		平成				女		
		令和				男		

令和 年 月 日 上記のとおり再交付を申請します。

[ 受付印 ]

### 【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できます。
- 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できる場合は、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。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	(印)
----------------------------------	-----