

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 険 者	被保険者 記号番号	フ リ ガ ナ 氏 名		生 年 月 日				性別
	記号			昭和 平成	年	月	日	男 女
	番号							
	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 平成 令和	年	月	日	男 女		1. 減失 2. き損
		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		1. 減失 2. き損
		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		1. 減失 2. き損

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】

1. 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。
2. 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。
3. 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。

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