

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

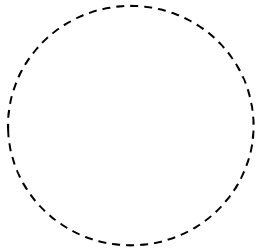
マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】を参照できる場合は、当該画面で代用可能なため、原則申請は不要です。
詳細は、以下留意事項を参照ください。

			申請 年月日	年 月 日	
被保険者等	記 号		被 保 険 者 氏 名 (生年月日)		㊞
	番 号		(年 月 日生)		
所属事業所	(会社名) (室・部・支店(社)) (課・所)				
(再)交付者 氏 名					
続 柄		生年 月 日	年 月 日		
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、スマートフォン等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等に登録しておくことができます。 (※ダウンロードするためには、マイナ保険証の利用登録が必要となります。) 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。				



事 業 主 欄
左記の通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。
年 月 日
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

受付印



被保険者のマイナンバー記載欄 (記号・番号を記入した場合は記入不要)																			
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

組合 処理	交付 決定 伺	交付決定年月日	常務理事	事務長	係	係	係	処理月
		年 月 日						