

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・き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【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、以下留意事項をご参照ください。

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 情 報	記号・番号	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日		
	氏名	(フリガナ)							
	郵便番号 (ハイフンなし)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	電話番号	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>					
	住所								
対 象 者 欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2. 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分							
	被扶養者①	氏名(フリガナ)	生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日	申請理由	<input type="checkbox"/> 1.滅失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()
	被扶養者②	氏名(フリガナ)	生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日	申請理由	<input type="checkbox"/> 1.滅失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()
	被扶養者③	氏名(フリガナ)	生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日	申請理由	<input type="checkbox"/> 1.滅失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 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。 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。								
	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提出します。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号							