健康保険　資格情報のお知らせ　再交付申請書

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

資格情報のお知らせを紛失・棄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

被保険者情報			
被保険者等（左づめ）	記号	番号	生年月日 □5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日
氏　名	フリガナ		
住　所	〒　　―		
電話番号	自宅　　―　　―	携帯電話　　―　　―	

再交付が必要な方	チェック欄	再交付が必要な方の氏名	生年月日	続柄	申請理由（該当する番号を記入）
	□	被保険者（本人）			□1.滅失 2.き損 3.その他（　　）
必要な場合は記入	被扶養者の資格情報のお知らせが		□5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日		□1.滅失 2.き損 3.その他（　　）
			□5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日		□1.滅失 2.き損 3.その他（　　）
			□5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日		□1.滅失 2.き損 3.その他（　　）

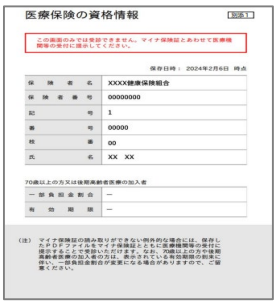
留意事項

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。
（右記QRコードからアクセスしてください。）

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。

【 医療保険の資格情報画面 】



アクセス用
QRｺｰﾄﾞ

事業主欄

事業所所在地	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出します。 令和　　年　　月　　日 〒　　―
事業所名称	
事業主氏名	
電　話	（　　）

※任意継続被保険者の方は
事業主欄の記入は不要です。

社会保険労務士記載欄 氏名等	

受付日付印