

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・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	記号・番号	記号(左つめ) 番号(左つめ) 生年月日											
		1 0 3 0 0 0 1 1 昭和 平成 令和 6 1 年 0 1 月 2 2 日											
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎											
	郵便番号	9 4 2 0 1 9 3				電話番号	0 9 0 X X X X X X X X						
住所	新潟 都 道 上越市頸城区〇〇-〇〇 府 県												

対象者欄	対象者	2 1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分																
	被保険者	フリガナ 氏名	同上										生年月日	同上		申請理由	1.減失 2.き損 3.その他()	
	被扶養者①	フリガナ 氏名	ケンボ ハナコ 健保 花子										生年月日	1 昭和 平成 令和 6 1 年 1 1 月 2 2 日		申請理由	1.減失 2.き損 3.その他()	
	被扶養者②	フリガナ 氏名											生年月日	1 昭和 平成 令和 年 月 日		申請理由	1.減失 2.き損 3.その他()	
	被扶養者③	フリガナ 氏名											生年月日	1 昭和 平成 令和 年 月 日		申請理由	1.減失 2.き損 3.その他()	

留意事項	医療保険の資格情報画面																
	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 医療保険の資格情報 この画面のみでは参照できません。マイナポータルと合わせて医療保険の資格情報画面に参照してください。 保存日時：2024年2月6日 時点 <table><tr><td>保 険 者 氏 名</td><td>XXXX健康保険組合</td></tr><tr><td>保 険 者 番 号</td><td>00000000</td></tr><tr><td>記 号</td><td>1</td></tr><tr><td>姓</td><td>00000</td></tr><tr><td>姓</td><td>00</td></tr><tr><td>氏</td><td>XX XX</td></tr></table> 70歳以上の又は後期高齢者医療の加入者 <table><tr><td>一 部 費 用 金 割 合</td><td>—</td></tr><tr><td>特 定 費 割 合</td><td>—</td></tr></table> (注) マイナポータルの読み取りができない物理的な場合には、保存したPDFファイルをもマイナポータルととも医療機関等の受付に提出することで参照いただけます。なお、70歳以上の又は後期高齢者医療の加入者の方は、表示されている有効期限の到来に伴い、一部費用負担割合が変更になる場合がありますので、ご留意ください。	保 険 者 氏 名	XXXX健康保険組合	保 険 者 番 号	00000000	記 号	1	姓	00000	姓	00	氏	XX XX	一 部 費 用 金 割 合	—	特 定 費 割 合
保 険 者 氏 名	XXXX健康保険組合																
保 険 者 番 号	00000000																
記 号	1																
姓	00000																
姓	00																
氏	XX XX																
一 部 費 用 金 割 合	—																
特 定 費 割 合	—																

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届出します。	受付日付印
	事業所所在地 新潟県上越市頸城区城野腰596-2	
	事業所名称 直江津電子工業株式会社	
	事業主氏名 小田 哲宏	
電話番号 025-530-2175		
社会保険労務士の提出代行者名記入欄		