

常務理事	事務長			係

## 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、以下留意事項を参照ください

被保険者 (申請者)情報	被保険者等記号・番号		氏名	
	記号 300	番号 123456	フリガナ ケンボ (氏) 健保	フリガナ ヨシオ (名) 良夫
	住所 〒176-0001 東京都練馬区練馬〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室		生年月日 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 5年6月24日	
	名称 総合警備保障株式会社		所在地 〒107-8511 東京都港区元赤坂1-6-6	
事業所	所属 〇〇〇支社 □□□営業所		(連絡先) ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など □□□ — △△△△ — ××××	

交付対象者欄	対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被保険者	フリガナ ケンボ ヨシオ 氏名 健保 良夫	生年月日 同上	申請理由 <input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他( )
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他( )
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他( )
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 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 医療保険の資格情報 QRコード スクリーンショット
	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。	

事業主欄	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。
	事業所所在地
	事業所名称 事業主氏名

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

受付印

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)
備考欄