

正

|      |     |    |    |    |
|------|-----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係員 |
|      |     |    |    |    |

## 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【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 |         | 個人番号<br>(マイナンバー) |                            |
|        | 氏名    | フリガナ    | 生年月日             | 1 昭和<br>2 平成<br>3 令和 年 月 日 |
|        | 郵便番号  | 〒       | 電話番号             |                            |
|        | 住所    | 都 道 府 県 |                  |                            |

|         |            |                            |  |   |   |
|---------|------------|----------------------------|--|---|---|
| 再交付対象者欄 | 対象者        | <input type="checkbox"/>   | 1 : 被保険者(本人)分のみ<br>2 : 被扶養者(家族)分のみ<br>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<br>氏名                 | 生年月日   | 続柄  | 申請理由  |
|         |            | 同上                         | 同上   | 本人  | <input type="checkbox"/> 1.減失<br>2.き損<br>3.その他( ) |
|         | 被扶養者①      | フリガナ<br>氏名                 | 生年月日   | 続柄  | 申請理由  |
|         |            |                            | 1 昭和<br>2 平成<br>3 令和 年 月 日                                     |   | <input type="checkbox"/> 1.減失<br>2.き損<br>3.その他( ) |
| 被扶養者②   | フリガナ<br>氏名 | 生年月日                       | 続柄   | 申請理由  |   |
|         |            | 1 昭和<br>2 平成<br>3 令和 年 月 日 |  | <input type="checkbox"/> 1.減失<br>2.き損<br>3.その他( ) |   |
| 被扶養者③   | フリガナ<br>氏名 | 生年月日                       | 続柄   | 申請理由  |   |
|         |            | 1 昭和<br>2 平成<br>3 令和 年 月 日 |  | <input type="checkbox"/> 1.減失<br>2.き損<br>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 [2/26]

この画面のみでは登録できません。マイナ保険証とあわせて医療保険等の交付に提出してください。

保存日時: 2024年2月6日 時点

|           |            |
|-----------|------------|
| 保 険 者 氏 名 | XXXX健康保険組合 |
| 保 険 者 番 号 | 00000000   |
| 記 号       | 1          |
| 番 号       | 00000      |
| 姓 名       | OO         |
| 氏 名       | XX XX      |

70歳以上の方は後期高齢者医療の加入者

|         |   |
|---------|---|
| 一部負担金割合 | — |
| 特約期間    | — |

(注) マイナ保険証の読み取りができない場合は、保存したマイナ保険証のスクリーンショットを医療機関等に提出することで対応いただけます。なお、70歳以上の方や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中央に併し、一部負担金割合が変更になる場合がありますので、ご留意ください。

アQR  
クセ  
コ  
ス  
用ド



受付日付印

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。

**事業主欄**

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

社会保険労務士記載欄 | 氏名等

