

## 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 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日 |  |  |
|        | 氏名      | フリガナ            |      |                      |  |  |
|        | 郵便番号    |                 | 電話番号 |                      |  |  |
| 住所     | 都 道 府 県 |                 |      |                      |  |  |

|       |         |                                                          |                          |                          |
|-------|---------|----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 対象者欄  | 対象者     | 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 氏名                                                  | 生年月日                     | 申請理由                     |
|       |         | 同上                                                       | 同上                       | 1.減失<br>2.き損<br>3.その他( ) |
|       | 被扶養者①   | フリガナ 氏名                                                  | 生年月日                     | 申請理由                     |
|       |         |                                                          | 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日     | 1.減失<br>2.き損<br>3.その他( ) |
| 被扶養者② | フリガナ 氏名 | 生年月日                                                     | 申請理由                     |                          |
|       |         | 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日                                     | 1.減失<br>2.き損<br>3.その他( ) |                          |
| 被扶養者③ | フリガナ 氏名 | 生年月日                                                     | 申請理由                     |                          |
|       |         | 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日                                     | 1.減失<br>2.き損<br>3.その他( ) |                          |

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |            |           |          |     |   |     |       |     |    |     |       |               |     |         |  |                             |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|-----------|----------|-----|---|-----|-------|-----|----|-----|-------|---------------|-----|---------|--|-----------------------------|
| 留意事項          | <p>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。<br/>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。<br/>(右記QRコードからアクセスください。)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> | <p>医療保険の資格情報画面</p> <p>医療保険の資格情報</p> <p>この画面のみでは参照できません。マイナポータルから医療保険の資格情報画面にアクセスしてください。</p> <p>保存日時: 2024年2月6日 時点</p> <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>知 号</td><td>1</td></tr><tr><td>番 号</td><td>00000</td></tr><tr><td>期 号</td><td>00</td></tr><tr><td>氏 名</td><td>XX XX</td></tr></table> <p>70歳以上の方は後期高齢者医療の加入者</p> <table><tr><td>一 期 間 決 定 有 限</td><td>無 限</td></tr><tr><td>有 限 期 間</td><td></td></tr></table> <p>(注) マイナポータルが読み取れない場合には、保存したQRコードをマイナポータルから医療保険の資格情報画面に読み取ることができます。なお、マイナポータルが読み取れない場合は、マイナポータルから医療保険の資格情報画面にアクセスしてください。</p> | 保 険 者 氏 名 | XXXX健康保険組合 | 保 険 者 番 号 | 00000000 | 知 号 | 1 | 番 号 | 00000 | 期 号 | 00 | 氏 名 | XX XX | 一 期 間 決 定 有 限 | 無 限 | 有 限 期 間 |  | <p>QRコード<br/>アクセス<br/>用</p> |
|               | 保 険 者 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | XXXX健康保険組合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |            |           |          |     |   |     |       |     |    |     |       |               |     |         |  |                             |
| 保 険 者 番 号     | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |            |           |          |     |   |     |       |     |    |     |       |               |     |         |  |                             |
| 知 号           | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |            |           |          |     |   |     |       |     |    |     |       |               |     |         |  |                             |
| 番 号           | 00000                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |            |           |          |     |   |     |       |     |    |     |       |               |     |         |  |                             |
| 期 号           | 00                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |            |           |          |     |   |     |       |     |    |     |       |               |     |         |  |                             |
| 氏 名           | XX XX                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |            |           |          |     |   |     |       |     |    |     |       |               |     |         |  |                             |
| 一 期 間 決 定 有 限 | 無 限                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |            |           |          |     |   |     |       |     |    |     |       |               |     |         |  |                             |
| 有 限 期 間       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |            |           |          |     |   |     |       |     |    |     |       |               |     |         |  |                             |

|                       |                                 |       |
|-----------------------|---------------------------------|-------|
| 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                          |       |
|                       | 事業所名称                           |       |
|                       | 事業主氏名                           |       |
| 電話番号                  |                                 |       |
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記入欄 |                                 |       |