

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	副部長・次長	担当者

事業主欄	下記のとおり被保険者から交付申請がありましたので届出します。	
	事業所所在地	埼玉県川越市〇〇町△-△
	事業所名称	〇〇労働金庫
	事業主氏名	労金 太郎
	電話番号	049-〇〇〇-〇〇〇〇

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

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(右づめ)	番号(右づめ)	生年月日
		9 9	1 2 3 4 5	1 昭和 5 9 年 1 0 月 2 0 日 2 平成 3 令和
	氏名	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎		
	郵便番号	1 0 1 - 0 0 5 2	電話番号	0 3 1 2 3 4 5 6 7 8
	住所	東京都 〇 道 千代田区神田小川町〇-〇 府 県		

対象者欄	対象者	3	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 ケンコウ ハナコ 氏名 健康 花子	生年月日 1 昭和 5 9 年 1 月 1 0 日 2 平成 3 令和	申請理由 1 減失 2 き損 3 その他()
	被扶養者②	フリガナ ケンコウ イチロウ 氏名 健康 一郎	生年月日 2 昭和 9 年 2 月 2 0 日 1 平成 3 令和	申請理由 3 減失 2 き損 3 その他(氏名変更)
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由

氏名変更をされた方で、資格情報のお知らせ(紙)の交付を希望される方は、その他「氏名変更」で申請してください。

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【イメージ】

医療保険の資格情報	
この画面のみでは登録できません。マイナポータルと合わせて医療保険の資格情報を登録してください。	
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	〇〇
氏 名	XX XX
70歳以上の方又は後期高齢者医療の加入者	
一 般 医 療 保 険 会 社	—
特 別 医 療 保 険 会 社	—
(注) マイナポータルに読み取りがされない可能性があります。併行して、マイナポータルに読み取りが可能な状態で、マイナポータルに医療保険の資格情報を登録してください。読み取りが可能な状態で、マイナポータルに医療保険の資格情報を登録してください。	

QRコード
アクセス
用

