

店番	店名
----	----

資格情報のお知らせ 再交付申請書

健 保 記 入 欄	常務理事	事務長	担当者

重要

※この届は必ず、各事業所（会社）の人事部(課)へ提出して下さい。（健保への送付は不可）

※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	記号(左つめ) <input type="text"/> <input type="text"/>	番号(左つめ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	氏名	フリガナ <input type="text"/>				
	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号 (左つめ)	<input type="text"/>		
	居住地	都 道 府 県				

対 象 者 欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被保険者	氏名(フリガナ) <input type="text"/> 氏名(氏名) 同上	生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	申請理由 <input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()
	被扶養者①	氏名(フリガナ) <input type="text"/> 氏名(氏名) <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	申請理由 <input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()
	被扶養者②	氏名(フリガナ) <input type="text"/> 氏名(氏名) <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	申請理由 <input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()
	被扶養者③	氏名(フリガナ) <input type="text"/> 氏名(氏名) <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	申請理由 <input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 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。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▶)</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 [閉じる]</p> <p style="font-size: small; color: red;">この画面からは変更できません。マイナポータル画面とあわせてご確認ください。</p> <p style="font-size: x-small; text-align: right;">※画面内容：2024年2月25日 時点</p> <table border="1" style="font-size: x-small;"> <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>姓 性</td><td>1</td></tr> <tr><td>保 険 種 別</td><td>00000</td></tr> <tr><td>保 険 種 別</td><td>00</td></tr> <tr><td>氏 名</td><td>氏 氏 XX XX</td></tr> </table> <p style="font-size: x-small;">*10歳以上の方又は後援者加入者の加入者</p> <table border="1" style="font-size: x-small;"> <tr><td>一 般 保 険 者 数</td><td>-</td></tr> <tr><td>特 別 保 険 者</td><td>-</td></tr> </table> <p style="font-size: x-small;">(注) マイナポータルが利用できない場合や、マイナポータルが利用できない場合は、マイナポータル画面とあわせてご確認ください。また、マイナポータル画面とあわせてご確認ください。マイナポータル画面とあわせてご確認ください。マイナポータル画面とあわせてご確認ください。</p>	保 険 者 氏 名	XXXX健康保険組合	保 険 者 番 号	00000000	姓 性	1	保 険 種 別	00000	保 険 種 別	00	氏 名	氏 氏 XX XX	一 般 保 険 者 数	-	特 別 保 険 者	-
	保 険 者 氏 名	XXXX健康保険組合																	
保 険 者 番 号	00000000																		
姓 性	1																		
保 険 種 別	00000																		
保 険 種 別	00																		
氏 名	氏 氏 XX XX																		
一 般 保 険 者 数	-																		
特 別 保 険 者	-																		

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。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印
平和堂健康保険組合(R6.12)