

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 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	生年月日	申請理由
		同上	同上	1.減失 2.き損 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 2.き損 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 2.き損 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 2.き損 3.その他()	

留意事項	医療保険の資格情報画面															
	医療保険の資格情報 この画面のみでは変更できません。マイナポータルとあわせて医療保険等の受付に提出してください。 提出日時：2024年2月6日 時点 <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>記 号</td><td>1</td></tr><tr><td>番 号</td><td>00000</td></tr><tr><td>姓 名</td><td>00</td></tr><tr><td>氏 名</td><td>XX XX</td></tr></table> 70歳以上の方は後援高齢者医療の加入者 <table><tr><td>一 部 異 議 異 議 否</td><td>—</td></tr><tr><td>特 別 異 議</td><td>—</td></tr></table> (注) マイナポータルでの読み取りができない特性のある場合は、併せてマイナポータルでマイナポータル保険証とともに医療保険等の受付に提出することをお願いいたします。なお、医療上の必要で後援高齢者医療の加入者の方は、表示されている有効期限の期日に付、一時的に後援高齢者の資格になる場合がありますので、ご留意ください。	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	00	氏 名	XX XX	一 部 異 議 異 議 否	—	特 別 異 議
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	00															
氏 名	XX XX															
一 部 異 議 異 議 否	—															
特 別 異 議	—															

QRコード
アクセ
ス
用



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 提出代行者名記入欄		