

正 副

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

◎ 本書には副としてコピーを添付してください。

確認日付印

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所 記号				
	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

被保険者欄	番号		氏名		生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日
	郵便番号								
	住所	都・道 府・県							

交付希望の対象者	氏名	続柄	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請理由
								1. 滅失 2. 毀損 3. その他 ()
	氏名	続柄	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請理由
								1. 滅失 2. 毀損 3. その他 ()
	氏名	続柄	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請理由
							1. 滅失 2. 毀損 3. その他 ()	
氏名	続柄	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請理由	
							1. 滅失 2. 毀損 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

この画面のみでは見ることができません。マイナ保険証とあわせて医療機関の受付に提示してください。

保存日時：2024年2月6日 時点

保 険 者 名	XXXX健康保険組合
保 険 者 番 号	00000000
記 号	1
種 号	00000
枝 号	00
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	—
有 効 期 限	—

(注) マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合には、保存したQRコードをマイナ保険証とともにご持参いただき、提出することで受け取ることができます。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取得に伴い、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 Q
ク R
セ コ
ス ー
用 ド

