

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 7 年 3 月 4 日 提出

| | | |
|--------|--------|----------------------------|
| 提出者記入欄 | 事業所記号 | 9 9 9 9 |
| | 事業所所在地 | 〒103 - 〇〇〇〇 東京都中央区〇〇 2-5-7 |
| | 事業所名称 | 〇〇〇〇 株式会社 |
| | 事業主氏名 | □ 本 □ 史 |
| | 電話番号 | 03 - 1234 - 5678 |

| | |
|------------|---------|
| 社会保険労務士記載欄 | |
| 氏名等 | 〇 田 〇 男 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|------|---------------|------------|-----------|----------|----------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者欄 | 番号 | 43210 | 氏名 | 〇 家 〇 平 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | 5 | 7 | 1 | 0 | 2 | 5 |
| | 郵便番号 | 9 9 9 0 0 0 0 | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〇 △ | 都・道 府・県 | 〇〇 市 □□ 甲 | 1588 - 1 | レジデンス△× | 301号室 | | | | | | | | |

| 交付希望の対象者 | 氏名 | 続柄 | 長男 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 申請理由 |
|----------|---------|----|----|------|----------------|---|---|---|--------------------------|
| | 〇 家 〇 樹 | | | | 〇 3 〇 1 2 9 | | | | 1.減失 2.き損 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 |
| | 氏名 | 続柄 | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 申請理由 |
| | 氏名 | 続柄 | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 申請理由 |

| | |
|------|--|
| 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

※この画面のみは非対応です。マイナポータルと合わせて医療保険の資格情報をご確認ください。

保存日時: 2024年2月12日 時点

| | |
|------|------------|
| 氏名 | XXXX健康保険組合 |
| 生年月日 | XXXXXX |
| 性別 | 1 |
| 住所 | XXXX |
| 氏名 | 〇〇 |
| 性別 | XX XX |

70歳以上の方は医療保険資格情報画面に加入者

| | |
|------|----|
| 氏名 | 〇〇 |
| 生年月日 | 〇〇 |
| 性別 | 〇〇 |

(注) マイナポータルにログインができていない場合は、医療保険の資格情報画面をスマートフォンで参照することができません。医療保険の資格情報画面を参照するためにマイナポータルをダウンロードしてください。また、医療保険の資格情報画面を参照する際には、マイナポータルにログインする必要があります。

QRコード
スクリーンショット

三井健康保険組合