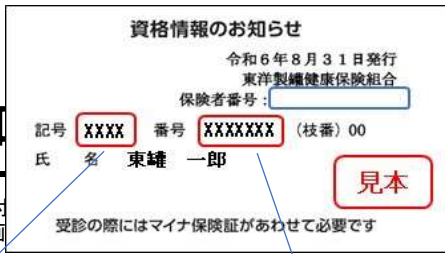


# 健康保険

## 資格情報のお知らせ



健保 受付印	事業所 受付印
--------	---------

資格情報のお知らせを紛失・棄損したために再交付  
ただし、マイナポータルの【医療保険の資格情報画  
詳細は、以下留意事項を参照ください

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

ため、原則申請は不要です

被保険者情報	記号・番号	記号(右づめ) <input type="text" value="X"/> <input type="text" value="X"/> <input type="text" value="X"/> <input type="text" value="X"/>	番号(右づめ) <input type="text" value=""/> <input type="text" value="X"/> <input type="text" value="X"/> <input type="text" value="X"/> <input type="text" value="X"/> <input type="text" value="X"/>	生年月日 1. 昭和 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 2. 平成 <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> 3. 令和 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> 月 <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> 日
	氏名 (自署)	フリガナ トウカン イチロウ (自署) 東罐 一郎 申請者が自筆にて記入してください		
	住所	(〒 141 - 9999 ) 東京都品川区●●町 1-2-3 ■■ハイツ101		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	03 ( 9999 ) 9999		

対象者欄	対象者	2 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 氏名 東罐 花子	生年月日 1. 昭和 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 2. 平成 <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> 3. 令和 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> 月 <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> 日	申請理由 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 1. 昭和 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 2. 平成 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 3. 令和 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日	申請理由 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 1. 昭和 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 2. 平成 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 3. 令和 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日	申請理由 1. 減失 2. き損 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

QRコード  
アクセス  
用

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。

事業主欄

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名  
電話番号

再交付年月日	常務理事	事務長	係
令和 年 月 日			