

資格情報のお知らせ 再交付申請書

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	記号	番号	記入日	令和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭 平 令	年	月	日
	住所	〒						

対 象 者 欄	対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分						
	被保険者	氏名	生年月日		申請理由			
		同上	同上		1. 滅失 2. き損 3. その他()			
	被扶養者①	氏名	生年月日		申請理由			
		(フリガナ)	昭 平 令	年	月	日	1. 滅失 2. き損 3. その他()	
	被扶養者②	氏名	生年月日		申請理由			
	(フリガナ)	昭 平 令	年	月	日	1. 滅失 2. き損 3. その他()		

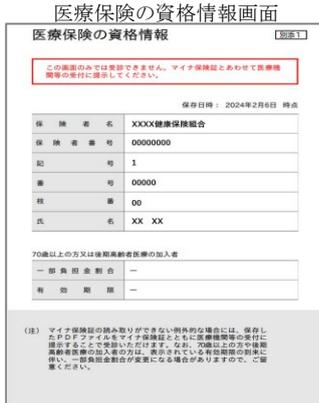
留意事項

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
↓



上記について相違ないことを証明します。

事業主(住所・氏名)
・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している

常務理事	事務長	担当者

受付日		処理日