

健康保険「資格情報のお知らせ」再交付申請書

R6.12.2改

被 保 険 者 情 報	記号		番号		生年月日	昭和・平成	年	月	日
	カナ				勤務先 箇所名				
	氏名								
	住所	郵便番号							
	日中の 連絡先	携帯 ・ 勤務先 ・ 自宅			-		-		
再 交 付 対 象 者 情 報	氏名		生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	
	申請理由	1：滅失・毀損 2：社会保険等の手続きに必要な 3：その他（)							
	氏名		生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	
	申請理由	1：滅失・毀損 2：社会保険等の手続きに必要な 3：その他（)							
	氏名		生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	
	申請理由	1：滅失・毀損 2：社会保険等の手続きに必要な 3：その他（)							
留 意 事 項	<p>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。</p> <p>資格情報画面を活用できる場合は、再交付手続きをする必要はございません。</p> <p>【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できます。 (右記QRコードからアクセスください。)</p>				<p>【医療保険の資格情報画面】</p>  <p>アクセス用 QRコード</p> <p>本画面をスマートフォン等に保存しておけます。</p>				
	<p>所在地</p> <p>名称</p> <p>事業主名</p> <p>電話番号</p>								
健 保 欄	常務理事	事務長	担当	担当	再交付年月日	備考		受付印	
					令和 年 月 日				