申請日　令和　　年　　月　　日

健康保険　資格情報のお知らせ　再交付申請書

常務理事	事務長		担 当

資格情報のお知らせを紛失・き損したために再交付を希望する場合はご使用ください。ただし、マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】を参照できる場合は当該画面で代用可能なため、原則申請は不要です。詳細は以下留意事項を参照ください。

被保険者情報	被保険者等記号・番号	記号		番号	
		個人番号（マイナンバー） ※記号番号未記入時のみ			
	被保険者氏名		生年月日	□昭和 □平成	年　　月　　日
	被保険者住所	〒	電話	（　　　）	
	所属部署名及び電話		電話	（　　　）	

対象者欄	申請する方の氏名	生年月日		再交付理由
		□ 昭和　□ 平成　□ 令和	年　　月　　日	□ 滅失　□ き損　□ その他（　　　）
		□ 昭和　□ 平成　□ 令和	年　　月　　日	□ 滅失　□ き損　□ その他（　　　）
		□ 昭和　□ 平成　□ 令和	年　　月　　日	□ 滅失　□ き損　□ その他（　　　）
		□ 昭和　□ 平成　□ 令和	年　　月　　日	□ 滅失　□ き損　□ その他（　　　）

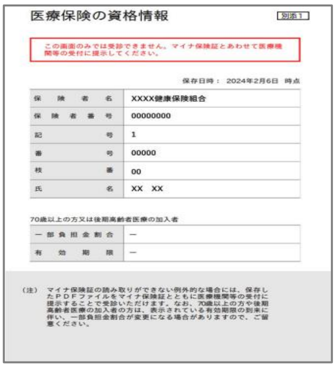
留意事項

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。）

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　別添１

この画面のみでは受診できません。マイナ保険証とあわせて医療機関等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
番号	00000
枝番	00
氏名	XX　XX

70歳以上の方又は後期高齢者医療の加入者

一部負担金割合	ー
有効期限	ー

（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ＰＤＦファイルをマイナ保険証とともに医療機関等の受付に提示することで受診いただけます。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到来に伴い、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。

アクセス用
QRコード
▼

事業主の証明

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。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話

受付日付印

提出代理者