

T039

事業主記入欄	適用事業所記号	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">(実線枠) →被保険者(本人)記入注意事項</div> <div style="border: 1px dashed blue; padding: 2px;">(点線枠) →事業所健保担当者・庶務担当者記入注意事項</div>		
	所在地	R×年 1月 14日		
	名称	各適用事業所記号を記入		
	事業主氏名	神奈川県川崎市○○区△△町××番地		
電話番号	044-123-4567	東芝○×株式会社 取締役社長 健保 誠		

マイナポータルにログインすることができ、自身の資格情報について確認できる場合、申請の必要はありません。

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

資格情報のお知らせを紛失・棄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

所属部課名(略称)	(総務)	所属電話番号	044-123-4567
記号・番号	記号(左つめ) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 番号(左つめ) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/>	生年月日	<input type="text" value="3"/> <div style="font-size: 8px;">1 昭和 2 平成 3 令和</div> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> 年 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 月 <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="4"/> 日
フリガナ	トウシハ タロウ 東芝 太郎		

誰の分を交付するのか、
該当の番号を記入してください

対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 3 <small>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</small>		
被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	同上	同上	<input checked="" type="text" value="1"/> <div style="font-size: 8px;">1.減失 2.き損 3.その他()</div>
被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
	トウシハ タケン 東芝 健	<input type="text" value="2"/> <div style="font-size: 8px;">1 昭和 2 平成 3 令和</div> <input type="text" value="×"/> <input type="text" value="×"/> 年 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> 月 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> 日	<input type="text" value="2"/> <div style="font-size: 8px;">1.減失 2.き損 3.その他()</div>
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
		<input type="text"/> <div style="font-size: 8px;">1 昭和 2 平成 3 令和</div> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> <div style="font-size: 8px;">1.減失 2.き損 3.その他()</div>
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
		<input type="text"/> <div style="font-size: 8px;">1 昭和 2 平成 3 令和</div> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> <div style="font-size: 8px;">1.減失 2.き損 3.その他()</div>

右の理由欄から理由を選び、
該当の番号を記入してください

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。
 (右記二次元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

この画面からは参照できません。マイナポータルまたは医療保険資格情報画面から参照してください。

発行日時: 2024年2月6日 時点

健康保険種別	XXXX健康保険組合
健康保険番号	00000000
期	1
期	00000
期	00
期	XX XX

70歳以上の方は健康保険資格情報の加入者

— 健康保険種別 —

— 健康保険番号 —

— 期 —

(注) マイナポータルにログインできない状態の場合は、マイナポータルからマイナポータルで医療保険の資格情報画面の参照はできません。マイナポータルから医療保険の資格情報画面を参照する場合は、マイナポータルに医療保険の資格情報画面の参照が可能な状態であることを確認してください。

二次元コード
アクセス用

※き損による申請の場合や、減失した資格情報のお知らせが見つかった場合、旧資格情報のお知らせは破棄してください。