

健康保険 資格情報のお知らせ(A4型) 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係長	係員	交付者印

- ◎ 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【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

記号-番号		被保険者の氏名		生年月日	
記号	番号	(氏)	(名)	昭和	
—	—			平成	
					年 月 日
資格取得年月日		被保険者の住所			
昭和		年		月	
平成					
令和					
		〒 —			
		電話番号 () —			

- ◎ 交付申請の対象となる人の氏名を記入してください。
- ◎ き損による再交付の場合は、き損した資格情報のお知らせを添付してください。

対象者	フリガナ 氏名	生年月日	昭和	平成	令和	年	月	日	続柄	申請理由
①										1.減失 2.き損 3.その他()
②										1.減失 2.き損 3.その他()
③										1.減失 2.き損 3.その他()
④										1.減失 2.き損 3.その他()

(ナオリ健康保険組合用紙)

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。 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。)</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>医療保険の資格情報画面</p> 	<p>マイナポータル アクセス用QRコード</p> 
------	---	---	---

年 月 日 提出

[受付印]

上記のとおり、被保険者から資格情報のお知らせ再交付申請がありましたので届出します。	
事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	() —

社会保険労務士の提出代行者名記入欄