

【任意継続被保険者用】

常務理事	事務長	部長	係長	係

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【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	記号・番号	記号 20	番号		生年月日	<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	フリガナ					
	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号	-			
	住所	都 道 府 県					

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分							
	被保険者	フリガナ 氏名	同上		生年月日	同上		申請理由	<input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()
	被扶養者①	フリガナ 氏名			生年月日	<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和		<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()
	被扶養者②	フリガナ 氏名			生年月日	<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和		<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()
	被扶養者③	フリガナ 氏名			生年月日	<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和		<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 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。 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>アクセスコード</p> 
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

被保険者等の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

マイナンバー	<input type="text"/>
--------	----------------------

受付日付印