

*対象者1名につき、1枚ご提出ください

*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

令和 年 月 日提出

健保組合			事業所担当者の確認印
常務理事	グループ長	担当者	
			日付印

健康保険資格情報のお知らせ 再交付申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者 記号		被保険者 番号											
	被保険者 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	被保険者 生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和		年		月		日			
	事業所名				所属	部 室・グループ 課 工場								
	自宅 電話番号				職場 電話番号	(外線) (内線)								
	自宅住所	(〒)												

再 交 付 対 象 者 情 報	対象者 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	対象者の 生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和		年		月		日		続柄	
	申請に 至った状況													

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。)	<div>医療保険の資格情報画面</div> <div><div>医療保険の資格情報</div><div>この画面のみでは確認できません。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。</div><div>保存日時： 2024年2月6日 時点</div><table><tr><td>保 険 者 氏 名</td><td>XXXX健康保険組合</td></tr><tr><td>保 険 者 番 号</td><td>00000000</td></tr><tr><td>記 号</td><td>1</td></tr><tr><td>番 号</td><td>00000</td></tr><tr><td>姓 名</td><td>00</td></tr><tr><td>氏 名</td><td>XX XX</td></tr></table><div>70歳以上の方は後期高齢者医療の加入者</div><table><tr><td>一 部 費 担 金 額 名</td><td>—</td></tr><tr><td>有 効 期 限</td><td>—</td></tr></table><div>(注) マイナ保険証の読み取りができない機体的な場合には、保存したQRコード画面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の方は、表示されている有効期限の範囲に限り、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。</div></div>	保 険 者 氏 名	XXXX健康保険組合	保 険 者 番 号	00000000	記 号	1	番 号	00000	姓 名	00	氏 名	XX XX	一 部 費 担 金 額 名	—	有 効 期 限	—
	保 険 者 氏 名		XXXX健康保険組合															
保 険 者 番 号	00000000																	
記 号	1																	
番 号	00000																	
姓 名	00																	
氏 名	XX XX																	
一 部 費 担 金 額 名	—																	
有 効 期 限	—																	
備考		受付日付印																