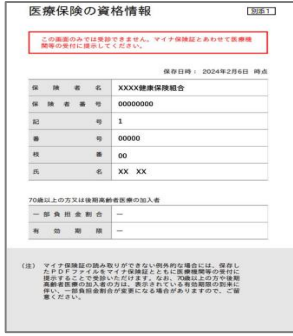



常務理事	事務長	担当者	

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	記号・番号	1 2 3 ・ 4 5 6 7	事業所名称	〇〇〇〇株式会社
	氏名	健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ××年 ××月 ××日 <input type="checkbox"/> 平成
	住民票の住所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇		

対象者欄	交付を申請する対象者		<input type="checkbox"/> 被保険者分のみ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者分のみ <input type="checkbox"/> 被保険者および被扶養者分	
	被保険者	氏名	生年月日	申請理由
		同上	同上	<input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()
	被扶養者①	氏名	生年月日	申請理由
		健保 良太郎	<input type="checkbox"/> 昭和 ××年 ××月 ××日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()
被扶養者②	氏名	生年月日	申請理由	
		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()	
被扶養者③	氏名	生年月日	申請理由	
		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<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。</p> <p>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>アクセス用 QR コード</p> 
------	---	---	---

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。	
事業所所在地	
事業所名称	事業所記入欄
事業主氏名	
電話番号	

受付日付印
