

## 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	<div>記号</div> <div>番号(社員番号)</div>		<div>生年月日</div>		
		<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>1 昭和</div> <div>2 平成</div> <div>3 令和</div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div>		
	氏名	フリガナ				
	郵便番号	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		電話番号	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
住所	<div>都 道</div> <div>府 県</div>					

対象者				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		
対象者欄	被保険者	フリガナ 氏名		生年月日	同上	申請理由 <div><div></div>1.滅失 2.き損 3.その他( )</div>
	被扶養者①	フリガナ 氏名		生年月日	<div><div></div>1 昭和 2 平成 3 令和</div> <div><div></div><div></div></div> 年 <div><div></div><div></div></div> 月 <div><div></div><div></div></div> 日	申請理由 <div><div></div>1.滅失 2.き損 3.その他( )</div>
	被扶養者②	フリガナ 氏名		生年月日	<div><div></div>1 昭和 2 平成 3 令和</div> <div><div></div><div></div></div> 年 <div><div></div><div></div></div> 月 <div><div></div><div></div></div> 日	申請理由 <div><div></div>1.滅失 2.き損 3.その他( )</div>
	被扶養者③	フリガナ 氏名		生年月日	<div><div></div>1 昭和 2 平成 3 令和</div> <div><div></div><div></div></div> 年 <div><div></div><div></div></div> 月 <div><div></div><div></div></div> 日	申請理由 <div><div></div>1.滅失 2.き損 3.その他( )</div>

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。）

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

この画面の画面は参照できません。マイナ保険証をお持ちで医療保険の資格情報を登録してください。

保 険 者 名XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

保 険 者 番 号00000000

記 号1

年 齢00000

性 別00

氏 名XX XX

70歳以上の方は後期高齢医療制度の加入者

一部負担金割合—

免 除 額 額—

※ マイナ保険証の読み取りができない場合は、画面左上の「マイナ保険証とともにご登録のマイナ保険証をお持ちください」というメッセージが表示されます。また、70歳以上の高齢者が後期高齢者医療の加入者の方は、表示されている後期高齢者の取次（※）に後期高齢者の加入者として登録する必要がありますので、ご確認ください。

QRコード  
→  
アクセス用

事業主欄	キクチ健康保険組合 殿 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。	受付日付印
	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		