

# 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

常務理事	事務長	係

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

令和 年 月 日提出

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	Global ID	
	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
	郵便番号	電話番号	
	住民票住所		

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分	
	フリガナ 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( )
	フリガナ 被扶養者① 氏名	生年月日	申請理由
	同上	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 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( )
フリガナ 被扶養者② 氏名	生年月日	申請理由	
同上	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 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( )	
フリガナ 被扶養者③ 氏名	生年月日	申請理由	
同上	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 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( )	

《郵送先》 〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階  
 社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当 宛て

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QRコード → アクセス 用</p>
------	--	---

事業主欄	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
	事業主氏名
電話番号	
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	

受付日付印
-------