

# 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

下記の申請に偽りがないことを証明します

GL・課長	連絡先の電話番号

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。

申請日： 年 月 日

被保険者情報	記号・番号	記号 <input type="text"/> <input type="text"/> - 番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	フリガナ	被保険者氏名 (申請者氏名)
	生年月日	1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	事業所名 (会社名)	
	所属	勤務地 <input type="text"/> 部署 <input type="text"/>	部 <input type="text"/>	室・課 <input type="text"/>
	内線または外線			
	自宅住所	都 道 <input type="text"/>		
	電話番号	府 県 <input type="text"/>		

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
	被保険者	フリガナ 氏名 <input type="text"/> 同上 生年月日 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 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②	フリガナ 氏名 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 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③	フリガナ 氏名 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 申請理由 <input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他( )

留意事項	<p>医療保険の資格情報画面</p> <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</p> <p>この画面のみでは閲覧できません。マイナポータル認証と合わせて勤務先等の受付に提出してください。</p> <p>発行日: 2024年2月6日 株式会社</p> <table border="1"> <tr><td>姓</td><td>氏名</td><td>XXXX健康保険組合</td></tr> <tr><td>姓</td><td>番号</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>姓</td><td>種</td><td>1</td></tr> <tr><td>姓</td><td>号</td><td>000000</td></tr> <tr><td>姓</td><td>番</td><td>00</td></tr> <tr><td>姓</td><td>区</td><td>XX XX</td></tr> </table> <p>70歳以上の方は後期高齢者医療の加入者</p> <table border="1"> <tr><td>一</td><td>部</td><td>高</td><td>齢</td><td>者</td><td>制</td><td>度</td></tr> <tr><td>二</td><td>種</td><td>別</td><td>種</td><td>別</td><td>種</td><td>別</td></tr> </table> <p>(注) マイナポータルに読み取りできない内容(住所)は、印刷したPDFファイルやマイナポータル認証とともに医療機関等の受付に提出することで受け取ることができます。なお、印刷したPDFファイルは最新情報更新の加入者の方は、提出されていなくても最新の住所が印刷されています。印刷情報更新の受付に提出する必要がありますので、ご留意ください。</p>	姓	氏名	XXXX健康保険組合	姓	番号	00000000	姓	種	1	姓	号	000000	姓	番	00	姓	区	XX XX	一	部	高	齢	者	制	度	二	種	別	種	別	種	別
	姓	氏名	XXXX健康保険組合																															
姓	番号	00000000																																
姓	種	1																																
姓	号	000000																																
姓	番	00																																
姓	区	XX XX																																
一	部	高	齢	者	制	度																												
二	種	別	種	別	種	別																												
QRコード																																		

事業主欄	被保険者から再交付申請がありましたので届出するとともに、上記記載事項に相違ないことを証明します。
	事業所所在地 <input type="text"/>
	事業所名称 <input type="text"/>
	事業主氏名 <input type="text"/>
	電話番号 <input type="text"/>
本欄記入ご担当者名 <input type="text"/>	

健康保険組合受付欄		
常務理事	事務長	係

提出経路 申請者 → 事業所担当者(TGの方は、TGウエルフェア㈱ 管理部 給与Tへ) → 健康保険組合