

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"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2 平成 3 令和	フリガナ	事業所名 (会社名)
	所属	勤務地 <input type="text"/> 部署 <input type="text"/>	フリガナ	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"/> 府 県 <input type="text"/>		
	電話番号			

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"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 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"/> <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"/> <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"/> <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>QRコード アクセス 用</p> 
------	---	--

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