

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は、マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】をスマートフォン画面で参照することで代用可能です。
その場合、資格情報のお知らせの再交付は必要ありません。

【医療保険の資格情報画面】をスマートフォン画面に登録する方法は裏面を参照ください。

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ)		番号(左つめ)		生年月日				
		保険証の記号		保険証の番号		記入 1 昭和 2 平成 3 令和				
	氏名	記入する								
		記入する								
	郵便番号	記入する		電話番号	記入する					
	住所	記入する		都 道 府 県 記入する						
対象者欄	対象者	1 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								
	被保険者	フリガナ 氏名	記入する		同上	生年月日	記入する	同上	申請理由	記入 1.減失 2.き損 3.その他()
	被扶養者①	フリガナ 氏名				生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日	申請理由	1.減失 2.き損 3.その他()
	被扶養者②	フリガナ 氏名				生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日	申請理由	1.減失 2.き損 3.その他()
	被扶養者③	フリガナ 氏名				生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日	申請理由	1.減失 2.き損 3.その他()
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。								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										

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は、マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】をスマートフォン画面で参照することで代用可能です。
 その場合、資格情報のお知らせの再交付は必要ありません。
 【医療保険の資格情報画面】をスマートフォン画面に登録する方法は裏面を参照ください。

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号(左つめ) 保険証の記号	番号(左つめ) 保険証の番号	生年月日 ☐ 1 昭和 ☐ 2 平成 ☐ 3 令和	記入する	
	氏名	フリガナ 記入する 記入する				
	郵便番号	記入する	電話番号	記入する		
	住所	記入する 都 道 府 県 記入する				

対 象 者 欄	対象者	2 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			
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由 1.減失 2.き損 3.その他()	
	被扶養者①	フリガナ 氏名 記入する 記入する	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	記入する	申請理由 1.減失 2.き損 3.その他()
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日	申請理由 1.減失 2.き損 3.その他()
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日	申請理由 1.減失 2.き損 3.その他()

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。		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	
-----------------------	--

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は、マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】をスマートフォン画面で参照することで代用可能です。
 その場合、資格情報のお知らせの再交付は必要ありません。
 【医療保険の資格情報画面】をスマートフォン画面に登録する方法は裏面を参照ください。

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号(左つめ) 保険証の記号	番号(左つめ) 保険証の番号	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 記入する
	氏名	フリガナ 記入する 記入する		
	郵便番号	記入する	電話番号	記入する
	住所	都 道 府 県 記入する 記入する		

対 象 者 欄	対象者	3 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		
	被保険者	フリガナ 氏名 記入する 同上	生年月日 記入する 同上	申請理由 記入 1.減失 2.き損 3.その他()
	被扶養者①	フリガナ 氏名 記入する 記入する	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 記入する	申請理由 記入 1.減失 2.き損 3.その他()
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 1.減失 2.き損 3.その他()
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 1.減失 2.き損 3.その他()

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。		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	
-----------------------	--

【医療保険の資格情報画面】を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

(下記QRコードからアクセスください。)

医療保険の資格情報

この画面の情報は受診時などに、マイナ保険証とあわせて医療機関等の受付に提示してください。

保存日時: 2024年6月10日 時点

保 険 者 名	XXXX健康保険組合
保 険 者 番 号	00000000
記 号	1
番 号	00000
姓 名	田 中
氏 名	XX XX

70歳以上の方又は後期高齢者医療の加入者

一部負担金割合: --

有効期限: --

(注) マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合には、保存したPDFファイルをマイナ保険証とともに医療機関等の受付に提示することで受診いただけます。なお、70歳以上の方や後期高齢者医療の加入者の方は、表示されている有効期限の到来に伴い、一部負担金割合が変更になる場合がありますので、ご確認ください。

QR
コード
用



○ マイナポータルログイン後のダウンロード手順

