常務理事	事務長	部　長	課　長		担当者

健康保険
資格情報のお知らせ 再交付申請書

該当する□にチェック☑してください

被保険者記入欄

① 被保険者等 記　号	① 被保険者等 番　号	② 被保険者氏名	③ 生年月日
			□昭和 □平成　年　月　日

④ 住　所	⑤ 連絡先
〒　　ー	(　　)

⑥ 再交付申請対象者

□ 被保険者（本人分）	再交付の原因（紛失の場合はその理由） □ 紛失 □ 棄損 理 由

□ 被扶養者（家族分）　再交付が必要な被扶養者について下記事項に記入してください

被扶養者氏名	被扶養者生年月日	続柄	紛失の場合はその理由	
	□昭和 □平成 □令和　年　月　日		□ 紛失 □ 棄損	理由
	□昭和 □平成 □令和　年　月　日		□ 紛失 □ 棄損	理由
	□昭和 □平成 □令和　年　月　日		□ 紛失 □ 棄損	理由

⑦ 備考	
⑧ 被保険者のマイナンバー記載欄（①欄の記号番号を記入した場合は不要です）	

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

アクセス用 QRコード

確認欄		
	□	被保険者本人が記入したものである。
	□	事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人に確認している。

＊記入しないでください

資格情報のお知らせを受領いたしました。	
氏名	

令和　　年　　月　　日 提出

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので届出いたします。	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	

受付年月日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

大阪府電設工業健康保険組合