

# 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください。

<b>被保険者情報</b>	記号・番号	記号	番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	フリガナ		電話番号	年 月 日
	住所	〒			

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

<b>留意事項</b>	<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>	→ 医療保険の資格情報画面		→ アクセス用QRコード	
-------------	--	---------------	--	--------------	---

サカイ引越センター本社使用欄

<b>事業主欄</b>	事業所所在地
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

健保組合使用欄			
常務理事	事務長	担当	担当

サカイ引越センター健康保険組合