

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

記入例

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください。

被保険者情報	記号・番号	記号 1 1 4 1	番号 1 2 3 4 5 6	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	1	1	1 1	日
	氏名	フリガナ サカイ タロウ 堺 太郎			電話番号	111-2222-3333			
	住所	〒 123-4567 ○○県△△市□□ 1-1-1							

対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)のみ <input checked="" 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			
対象者欄	被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 <input checked="" type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他()
	被扶養者①	フリガナ 氏名 サカイ ハナコ 堺 花子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	申請理由 <input type="checkbox"/> 減失 <input checked="" type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他()
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	申請理由 <input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他()
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	申請理由 <input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他()

注意事項	<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画面</p> 	<p>アクセス用QRコード</p> 
------	--	---	---

サカイ引越センター本社使用欄

事業主欄	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

← この欄は記入不要です →

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