

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を紛失・棄損した、組合HP内「MyKempo」から印刷できない等の交付を希望する場合にご使用ください。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

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ) <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> — <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	生年月日	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 3 令和	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 年 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 月 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 日	
	氏名	フリガナ -----				
	郵便番号	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	電話番号	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	住所	-----				

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <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	生年月日	申請理由	<input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()		
	同上		同上				
	被扶養者①	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	申請理由	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 年 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 月 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 年 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 月 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 年 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 月 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 日	<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	続柄	生年月日	申請理由	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 年 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 月 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 年 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 月 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 年 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 月 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 日	<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	続柄	生年月日	申請理由	<input type="checkbox"/> 1 昭和 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 年 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 月 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2 平成 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 年 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 月 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 3 令和 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 年 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 月 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()	

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

医療保険の資格情報

この画面のみでは参照できません。マイナポータルから医療保険の資格情報画面を参照してください。

保存日時: 2024年2月6日 時点

保 険 者 氏 名	XXXX健康保険組合
保 険 者 番 号	00000000
記 号	1
性 別	00000
姓 名	00
氏 名	XX XX

70歳以上の方は後期高齢者医療に加入者

--- 期 間 未 割 合 ---

--- 特 別 割 合 ---

(注) マイナポータルでの読み取りができない物的な理由以外、得意先からマイナポータルをマイナポータルと異なる医療機関等に提供し、提供することで変更いただけます。なお、次期改正のマイナポータル画面が提供されるまで、マイナポータルから医療機関等に提供し、提供期間が経過する場合がありますので、ご注意ください。

QRコードからアクセス

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。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--