

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

常務理事	事務局長	事務局次長	課 長	課長補佐	担 当 者

資格情報のお知らせを紛失・棄損したために再交付を希望する場合はご使用ください
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) 番号(左つめ)		生年月日		
	氏名	フリガナ				
	郵便番号	電話番号				
	住所	都 道 府 県				

対象者欄	対象者	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		
	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		

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。マイナ保険証とあわせて医療機関での受付にご覧ください。

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
番 号	00000
姓 名	00
氏 名	XX XX

70歳以上の方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状況の場合は、保存したマイナファイルもマイナ保険証とともに医療機関での受付に提出することで受付いただけます。なお、70歳以上の方や後期高齢者医療の加入者の方は、保存されている有効期限の満了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、ご留意ください。

QRコード

事業主欄	事業所所在地	東京都歯科健康保険組合 受付日付印
	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		