

資格情報のお知らせ再交付申請書

記入見本

留 意 事 項	資格情報のお知らせを紛失・き損などで再交付を希望する場合にご使用ください。	アクセス用QRコード 
	ただし、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」で代用可能なため、 原則申請は不要です 。	
	「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できます。	
	右記QRコードからアクセスし、ダウンロード機能を用いて、スマートフォンなどに保存できます。	
	ダウンロード画面を提示することで、「資格情報のお知らせ」の代用となりますので、紙の資格情報のお知らせを携帯することは必須ではありません。(資格情報のお知らせのみでは受診できません。)	

留意事項をよく読んでから、申請してください。

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号番号	記号	1010	被保険者 氏 名	健保 太郎	生年月日	S40年4月20日
		番号	1234				
	再交付を 希望する 者の氏名	氏 名		生 年 月 日		申 請 理 由	
		健保 花子		S45年6月20日		1.滅失 2.き損 3.その他()	
				年 月 日		1.滅失 2.き損 3.その他()	
				年 月 日		1.滅失 2.き損 3.その他()	
		年 月 日		1.滅失 2.き損 3.その他()			
上記のとおり資格情報のお知らせの再交付を申請します。							
令和		6年12月10日		被保険者住所		大阪市北区〇〇	
				氏名		健保 太郎	
				電話番号		090-XXXX-XXXX	
日本触媒健康保険組合理事長殿				請求者は被保険者			

事 業 主 の 記 入 欄	上記のとおり被保険者から資格情報のお知らせの再交付申請がありましたので提出いたします。 なお、今後は滅失または、き損することのないよう周知徹底をはかります。					
	令和		年 月 日		事業主住所	
					名称	
					氏名	
					日本触媒健康保険組合理事長殿	

在職者は事業主へ提出
任意継続者は健保へ提出

組 合 の 記 入 欄			常務理事	事務長	係
	資格取得	年 月 日			
	資格喪失	年 月 日			

受付印