常務理事	事務長	次長	課長	係長	係

健康保険 資格情報のお知らせ（再）交付申請書

被保険者情報						
記 号		番 号		生年月日	□ 昭和 □ 平成	年　月　日
氏 名						
住 所	〒　　－				電話番号	

交付対象者欄					
□ 被保険者(本人)分のみ　□ 被扶養者(家族)分のみ　□ 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分					
	氏 名（フリガナ）	続 柄	生年月日	申請理由	
被保険者	同 上	本人	同 上	□ 滅失 □ き損 □ その他(　　)	
被扶養者			□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	□ 滅失 □ き損 □ その他(　　)	
被扶養者			□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	□ 滅失 □ き損 □ その他(　　)	
被扶養者			□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	□ 滅失 □ き損 □ 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してください。）

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

▼アクセス用
ＱＲコード

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

神奈川県電子電気機器健康保険組合