

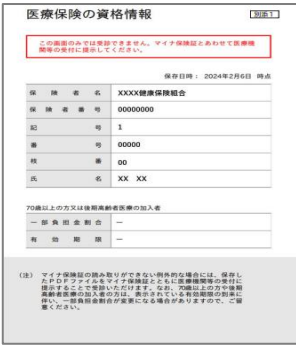

任意継続 健康保険資格情報のお知らせ(再)交付申請書

常務理事	事務長	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) <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 番号(左つめ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	氏名	フリガナ		
	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	住所	都 道 府 県		

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
		同上	同上	<input type="checkbox"/> 1.減失 2.き損 3.その他()
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
			<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 1.減失 2.き損 3.その他()
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
		<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 1.減失 2.き損 3.その他()	
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
		<input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 1.減失 2.き損 3.その他()	

留意事項	<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QR クセ コー ス用 ド</p> 
------	--	---

受付日付印