

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

令和 年 月 日 提出

健康欄	常務理事	事務長		担当

受付年月日

事業主記載欄	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

被保険者	記号	番号	フリガナ 氏名	生年月日			
				5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日

対象者欄	対象者	該当する番号を選択ください。		<input type="checkbox"/>		1.被保険者(本人)のみ 2.被扶養者(家族)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		該当する番号を選択ください。	
	被扶養者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由		該当する番号を選択ください。	
	被扶養者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由		該当する番号を選択ください。	
	被扶養者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由		該当する番号を選択ください。	

「資格情報のお知らせ」のみでは受診できません。

届出について

この届出は資格情報のお知らせを紛失した場合の再交付申請書です。
マイナポータルから確認できる医療保険の資格情報画面を参照することができる場合は、資格情報のお知らせ(紙)の携帯は必須でないため、紛失した場合の再交付申請は不要です。

マイナポータルでの確認方法

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】で代用できます。
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、保存および印刷することができます。
(以下のQRコードまたはURLからアクセスください。)

アクセス用QRコード



アクセス用URL

<https://myna.go.jp/login/pc>

医療保険の資格情報画面(見本)

医療保険の資格情報		印刷
この画面のみでは受診できません。マイナ保険証とあわせて医療保険の受診に提出してください。		
保存日時: 2024年2月6日 時点		
保険者名	XXXX健康保険組合	
保険者番号	00000000	
記号	1	
番号	00000	
姓	00	
氏名	XX XX	
70歳以上の方又は後期高齢者医療の加入者		
一部負担率割合	-	
有効期限	-	
<small>(注) マイナ保険証の読み取りができない事例の中には、保存したQRコードをマイナ保険証とともに医療機関等の受付に提出することで受け取ることができます。なお、70歳以上のや後期高齢者医療の加入者の方は、表示されている有効期限の到来に伴い、一部負担率割合が変更になる場合がありますので、ご確認ください。</small>		

留意事項