

# 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

九電工健康保険組合 理事長 殿

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

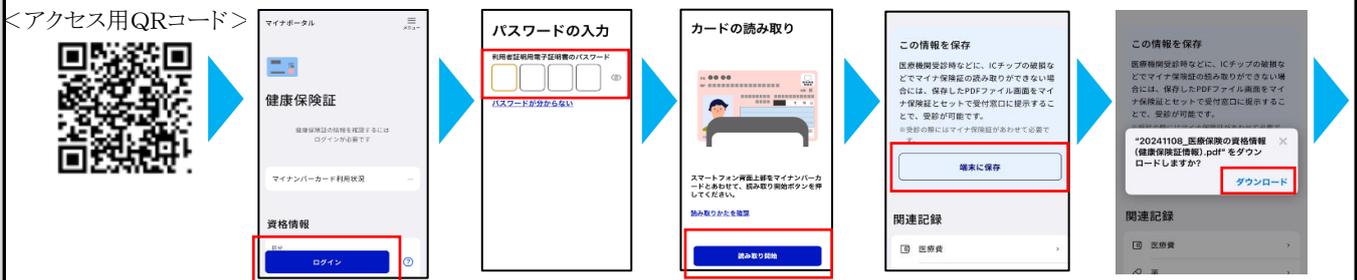
被保険者欄	個人番号											申請書を記入する前に下記のお知らせをご確認ください																			
	所属事業所 社員番号	(会社名)										(支店・営業所・部門名)										(社員番号)									
	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)										生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													
	住民票の住所	〒 -																													

※対象者を全員記入してください。

被保険者	続柄	本人	再交付 申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損																										
被扶養者1	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)										生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女												
	続柄		再交付 申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損																										
被扶養者2	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)										生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女												
	続柄		再交付 申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損																										
被扶養者3	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)										生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女												
	続柄		再交付 申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損																										

- ・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、マイナポータルのダウンロード機能を用いることで、スマートフォン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、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のダウンロード方法】



お知らせ

## ＜医療保険の資格情報画面＞

医療保険の資格情報

この画面のみでは受取できません。マイナポータルと合わせて医療保険資格情報の受取してください。

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
株番号	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 --

拠出期間 --

(注) マイナポータルでの読み取りができない場合があります。保存したPDFファイルをマイナポータルにアップロードし、マイナポータルからダウンロードすることで受取いただけます。なお、印刷は必ずマイナポータルからダウンロードしてください。マイナポータルが利用できない場合は、マイナポータルにログインし、マイナポータルからダウンロードしてください。

事業所担当者名・ 受付日の記入又は 押印	受付日: 令和 年 月 日
社会保険労務士 確認欄	

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

健保組合 受付印