

# 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申

実際に事業所へ提出日する日  
を記入してください。

九電工健康保険組合 理事長 殿

提出日	令和	年	月	日
		●	●	●

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

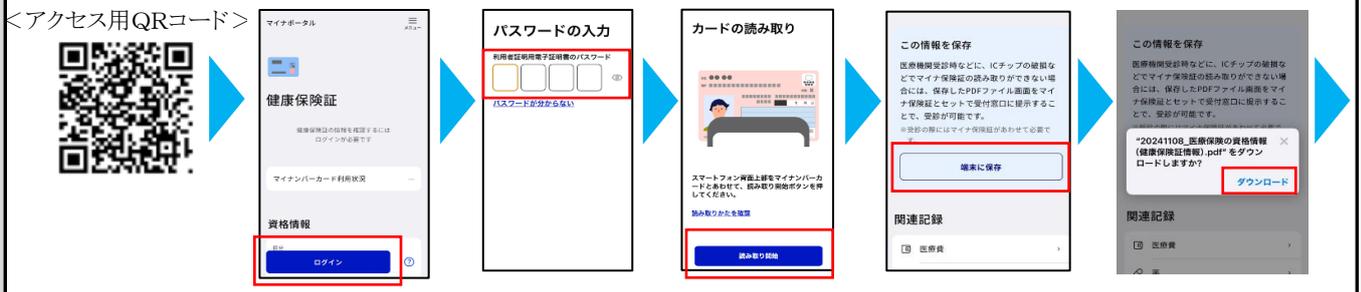
被保険者欄	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8
	所属事業所 社員番号	(会社名) 株式会社●●● (支店・営業所・部門名) ▲▲支店 (社員番号) 987654
	氏名 (フリガナ) キウコウ 知ウ (氏) 九工 (名) 太郎	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ● ● 年 月 日 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住民票の住所	〒 000 - 0000 ●●市▲▲区■■1-11-1

※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 checked="" 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
	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
	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
	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	
この画面のみでは登録できません。マイナンバーカードと合わせて医療保険の受付が必要です。	
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 票 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	--
新 設 期 間	--

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
<b>担当者名</b>	または <b>担当者 日付印</b>
社会保険労務士 確認欄	
必要に応じて、社会保険労務士 記載	

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

健保組合 受付印