

# PIW閲覧不可事業所の被保険者専用

## 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

被保険者（申請者）記入用

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                   | 生年月日                 | 年   | 月                    | 日                    |
|        | 被保険者等の<br>(右づめ)       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 氏名     | (フリガナ)<br><b>(自署)</b> |                      |                      |   |                      |                      |

※き損の場合は必ずき損の資格情報のお知らせを添付して申請してください。消えないペンでご記入ください。


| 再交付が必要な方 | 氏名  | 生年月日  | 続柄    | 再交付の理由                    |
|----------|---|---|-------|---------------------------|
|          | (フリガナ)  | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |                           |
| (フリガナ)   | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日   |       | 1.滅失<br>2.き損<br>3.その他 ( ) |
| (フリガナ)   | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日   |       | 1.滅失<br>2.き損<br>3.その他 ( ) |
| (フリガナ)   | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日   |       | 1.滅失<br>2.き損<br>3.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ください。)

【医療保険の資格情報画面】

【アクセス用QRコード】



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。

**事業主証明欄**

- 資格情報のお知らせを滅失またはき損したことに相違ないことを証明します。
- この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
  - ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。
  - ②記載内容について誤りがなければ申請者本人が確認している。

事業所所在地

事業所名称

事業主(代理人)氏名

事業所コード ( )

本件問合せ連絡先 (本件問合せに必要ですので、必ず記入してください)

部署・担当者氏名

電話連絡先

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ証明者の氏名をご記入ください

令和 年 月 日 提出

|          |          |
|----------|----------|
| 健保承認印    | 健保受付印    |
| <br><br> | <br><br> |

## PIW閲覧不可事業所の被保険者専用

## 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

被保険者（申請者）記入用



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                   | 生年月日                 | 年   | 月                    | 日                    |
|        | 被保険者等の<br>(右づめ)       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 氏名     | (フリガナ)<br><b>(自署)</b> |                      |                      |   |                      |                      |

※き損の場合は必ずき損の資格情報のお知らせを添付して申請してください。消えないペンでご記入ください。

| 再交付が必要な方 | 氏名     | 生年月日  | 続柄    | 再交付の理由 |                           |
|----------|--------|---|-------|--------|---------------------------|
|          | (フリガナ) | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |        | 1.滅失<br>2.き損<br>3.その他 ( ) |
|          | (フリガナ) | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |        | 1.滅失<br>2.き損<br>3.その他 ( ) |
|          | (フリガナ) | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |        | 1.滅失<br>2.き損<br>3.その他 ( ) |
|          | (フリガナ) | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |        | 1.滅失<br>2.き損<br>3.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。<br>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。<br>(右記QRコードからアクセスください。) | 【医療保険の資格情報画面】<br> |
|      | 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。   | 【アクセス用QRコード】<br>   |

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。

|                                    |                                      |  |                      |                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|----------------------|----------------------|
| 事業主証明欄                             | ・資格情報のお知らせを滅失またはき損したことに相違ないことを証明します。 | ※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ証明者の氏名をご記入ください |                      |                      |
|                                    | ・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。        |  |                      |                      |
|                                    | ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。              |  |                      |                      |
|                                    | ②記載内容について誤りがなく申請者本人が確認している。          |  |                      |                      |
|                                    | 事業所所在地                               |  | 令和 年 月 日 提出          |                      |
|                                    | 事業所名称                                |  | 健保承認印                | 健保受付印                |
|                                    | 事業主(代理人)氏名                           |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 事業所コード ( )                         |                                      |  |                      |                      |
| 本件問合せ連絡先 (本件問合せに必要ですので、必ず記入してください) |                                      |  |                      |                      |
| 部署・担当者氏名                           |                                      |  |                      |                      |
| 電話連絡先                              |                                      |  |                      |                      |