

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	課長	担当者
生年月日			性別
昭和・平成 年 月 日			男・女
被保険者の住所		資格取得年月日	
〒 TEL		昭和・平成・令和 年 月 日	

再交付申請の対象となる者	被保険者欄	氏名	生年月日		続柄	再交付の理由	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。)  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。 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。
			上記に同じ		本人	滅失・き損・その他	
	被扶養者欄	氏名	生年月日	続柄	再交付の理由		
			昭・平令 年 月 日		滅失・き損・その他		
			昭・平令 年 月 日		滅失・き損・その他		
		昭・平令 年 月 日		滅失・き損・その他			
		昭・平令 年 月 日		滅失・き損・その他			

上記のとおり被保険者から資格情報のお知らせの交付申請がありましたので届出いたします。		令和 年 月 日 提出
所在地		
事業所名称		
事業主氏名		

大阪自転車健康保険組合理事長 殿