

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

申請日 年 月 日

資格情報のお知らせを紛失・き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 (1か2か3)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください											
	被 保 険 者 等													
氏 名	(フリガナ)										生年月日	年	月	日
											<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			

対 象 者 欄	該当する対象者に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください <input type="checkbox"/> 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分および被扶養者(家族)分													
	被 保 険 者	(フリガナ)	生年月日			年	月	日	申請理由					
			氏名							<input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()				
			同 上							<input type="checkbox"/>				
			同 上							<input type="checkbox"/>				
被 扶 養 者 1	(フリガナ)	生年月日			年	月	日	申請理由						
		氏名							<input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()					
		氏名							<input type="checkbox"/>					
		氏名							<input type="checkbox"/>					
被 扶 養 者 2	(フリガナ)	生年月日			年	月	日	申請理由						
		氏名							<input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()					
		氏名							<input type="checkbox"/>					
		氏名							<input type="checkbox"/>					
被 扶 養 者 3	(フリガナ)	生年月日			年	月	日	申請理由						
		氏名							<input type="checkbox"/> 1.減失 <input type="checkbox"/> 2.き損 <input type="checkbox"/> 3.その他()					
		氏名							<input type="checkbox"/>					
		氏名							<input type="checkbox"/>					

<p>留意事項</p> <p>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。)</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>医療保険の資格情報画面</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> <p style="font-size: 8px;">医療保険の資格情報</p> <p style="font-size: 8px;">XXXX健康保険組合</p> <p style="font-size: 8px;">記号番号: 00000000</p> <p style="font-size: 8px;">氏名: 〇〇〇〇</p> <p style="font-size: 8px;">生年月日: XX XX</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>QRコード アクセス用</p> </div> </div>
---	--

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号
------------------	---

※任意継続被保険者の方は、事業主欄の証明は不要です。

※提出先 (大阪ガス) 人事部人事サービスチーム
 (関係会社) 各事業所 人事総務
 (任意継続) 大阪ガス健康保険組合

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印
