


常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	主任	係	データ

健康保険 資格情報のお知らせ再交付申請書

被保険者等の記号・番号		被保険者の氏名		被保険者の生年月日		
記号		番号		昭和 平成	年 月 日	
被保険者の住所			〒 ー			
交付を希望する証 (該当する方を○で囲んでください)			・被保険者分 ・被扶養者分 → 該当者については下記に記入			
該当するものが 被扶養者場合に記入 (続柄は詳しく記入してください)			被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	続柄	
				昭和 平成 令和	年 月 日	
				昭和 平成 令和	年 月 日	
				昭和 平成 令和	年 月 日	
交付を希望する理由						
<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に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してください。)</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>						
			医療 保険 の 資 格 情 報 画 面	医療保険の資格情報 アクセス用 QRコード 		

上記のとおり資格確認書の交付を申請します。

令和 年 月 日

大阪金属問屋健康保険組合理事長 様

事業主の証明	上記のとおり被保険者から資格情報のお知らせの再交付申請がありましたので提出いたします。また、届出のとおり資格情報のお知らせが必要であることを証明いたします。	
	事業所所在地	〒 ー
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話	(局) 番

受 付 印