

事業所記号		

健康保険 資格情報のお知らせ再交付確認通知書

マイナポータルの【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。

副

被保険者情報	被保険者等 番号						被保険者氏名	印	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女
	住民票住所	〒							TEL				()		

再交付が必要な方	氏 名		生 年 月 日				続 柄	再 交 付 理 由
				昭和 平成 令和	年	月	日	
			昭和 平成 令和	年	月	日		1.滅失 2.毀損 3.その他
			昭和 平成 令和	年	月	日		1.滅失 2.毀損 3.その他

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。

⇒ 医療保険の資格情報画面



⇒ アクセス用QRコード



令和 年 月 日に提出された再交付申請書に基づき、資格情報のお知らせを再交付いたします。

提出者	事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

MBK連合健康保険組合 理事長

確認日付印