常務理事	事務長	課長	係長	係	交付年月日：令和　　年　　月　　日
					下記のとおり手続きしてよろしいか

資格情報のお知らせ　再交付申請書

被保険者情報	健康保険の記号		氏名	
	健康保険の番号			
	住所	〒　　― TEL　　－　　－		
	被保険者のマイナンバー記載欄 （健康保険の記号番号を記入した場合は記入不要です）			

再交付対象者	氏名	申請理由	氏名	申請理由
		紛失 き損 その他（　　）		紛失 き損 その他（　　）
		紛失 き損 その他（　　）		紛失 き損 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にアクセスすることで参照が可能です。
（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、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を携帯する必要はないため、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

事業主証明欄

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日　　事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

大阪港湾健康保険組合