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

記号番号またはマイナンバーのどちらかをご記入ください

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	記号	氏名	被保険者の氏名をご記入ください
	健康保険の番号	番号		
	住所	〒　－ 被保険者の住所と連絡先をご記入ください 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
	対象者の氏名をご記入ください	紛失 き損 その他（紛失状況等をご記入ください）		紛失 き損 その他（　）
		紛失 き損 その他（　）	いずれかに○	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　事業所の所在地をご記入ください

事業所名称　事業所の名称をご記入ください

事業主氏名　事業主の氏名をご記入ください

大阪港湾健康保険組合