一般被保険者**(被保険者の記号が101～779の者)**が申請する場合(記入例)

健康保険　資格情報のお知らせ　再交付申請書

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
詳細は、以下留意事項を参照ください

被保険者情報

記号・番号	記号(左づめ) 1 2 3　番号(左づめ) 4 5 6 7	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和　51 年　1 月　1 日
氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ 健保　太郎		
郵便番号	000－0000	電話番号	090－〇〇〇〇－〇〇〇〇
住所	〇〇 都 道 府 県 〇〇市〇〇1-2-3	**送付先住所(居住所)を必ず記入**	

対象者欄

対象者	3　1 被保険者(本人)分のみ　2 被扶養者(家族)分のみ　3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
被保険者	フリガナ　氏名　同上	生年月日　同上	1 1.滅失 2.き損 3.その他(　)
被扶養者①	フリガナ　ケンポ　ハナコ　氏名　健保　花子	生年月日　1 昭和 2 平成 3 令和　52 年　5 月　1 日	申請理由　2 1.滅失 2.き損 3.その他(　)
被扶養者②	フリガナ　ケンポ　ヤスシ　氏名　健保　康	生年月日　2 1 昭和 2 平成 3 令和　12 年　7 月　1 日	申請理由　3 1.滅失 2.き損 3.その他(盗難に遭ったため)
被扶養者③	フリガナ　氏名		)

再交付が必要な方を1～3から選択のうえ、**あてはまる数字を記入**

再交付が必要な方が被保険者本人の場合は被保険者欄に**申請理由**を、
被扶養者の場合は被扶養者①～③に**氏名と生年月日と申請理由**を記入
申請理由は1～3から選択のうえ、**あてはまる数字を記入**

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

QRコード アクセス用

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	〇〇県〇〇市〇〇1－2－3
事業所名称	〇〇労災病院
事業主氏名	院長　〇〇　〇〇
電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

事業主を経由して申請すること
(事業主欄の記入が必要です)

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	記入しないこと

受付日付印

労働者健康安全機構健康保険組合(R6.11)

特例退職・任意継続被保険者**(被保険者の記号が88・99の者)**が申請する場合(記入例)

※本人確認のため、**マイナンバーカード・住民票のいずれかの写しを添付すること**

健康保険　資格情報のお知らせ　再交付申請書

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
詳細は、以下留意事項を参照ください

被保険者情報

記号・番号	記号(左づめ) 9 9 ／ 番号(左づめ) 1 2 3 4 5	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 51 年 1 月 1 日
氏名	フリガナ ケンポ　タロウ 健保　太郎		
郵便番号	000－0000	電話番号	090－〇〇〇〇－〇〇〇〇
住所	〇〇 都 道 府 県 〇〇市〇〇1-2-3	**送付先住所(居住所)を必ず記入**	

対象者欄

対象者	3 (1 被保険者(本人)分のみ　2 被扶養者(家族)分のみ　3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分)		
被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	1 1.滅失 2.き損 3.その他(　)
被扶養者①	フリガナ ケンポ　ハナコ 氏名 健保　花子	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 52 年 5 月 1 日	申請理由 2 1.滅失 2.き損 3.その他(　)
被扶養者②	フリガナ ケンポ　ヤスシ 氏名 健保　康	生年月日 2 1 昭和 2 平成 3 令和 12 年 7 月 1 日	申請理由 3 1.滅失 2.き損 3.その他(盗難に遭ったため)
被扶養者③	フリガナ 氏名		)

再交付が必要な方を1～3から選択のうえ、**あてはまる数字を記入**

再交付が必要な方が被保険者本人の場合は被保険者欄に**申請理由**を、
被扶養者の場合は被扶養者①～③に**氏名と生年月日と申請理由**を記入
申請理由は1～3から選択のうえ、**あてはまる数字を記入**

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

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

事業主欄は記入しないこと

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	記入しないこと

受付日付印

労働者健康安全機構健康保険組合(R6.11)