

常務理事	事務長		担当者

被保険者情報	記号・番号	記号(左つめ)										番号(左つめ)										生年月日									
																						1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日									
	氏名	フリガナ																													
	郵便番号											電話番号																			
住所	都 道 府 県																														

対象者		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	
対象者欄	被保険者 フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 1.減失 2.き損 3.その他()
	被扶養者① フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 1.減失 2.き損 3.その他()
	被扶養者② フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 1.減失 2.き損 3.その他()
	被扶養者③ フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	申請理由 1.減失 2.き損 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



QR
ア
ク
セ
ス
コ
ー
ド

医療保険の資格情報 印刷

この画面のみでは確認できません。マイナ保険証と合わせて医療保険情報の実行に接続してください。

発行日時： 2024年2月6日 時点

保 険 者 氏 名	XXXX健康保険組合
保 険 者 番 号	00000000
姓	姓 I
連 帯 姓	00000
姓 別	00
氏 名	XK XK

70歳以上の方は後期高齢者医療の加入者

一 般 高 齢 者 制 度	—
特 定 高 齢 制 度	—

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。		受付日付印
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		