

課長	係長	係

健康保険 資格情報のお知らせ 交付申請書

※必ずご確認のうえ、「資格情報のお知らせ」の交付を希望される場合は下の①②をご記入ください。

注
意
事
項

◆必ずしも紙の「資格情報のお知らせ」を所持する必要はありません。

- ・「資格情報のお知らせ」を紛失した場合でも、マイナポータルから資格情報を確認できます。
- ・医療機関窓口でマイナ保険証の読み取りができない場合、マイナポータルからダウンロードした資格情報画面をマイナ保険証とともに提示することで、受診が可能です。
- ・氏名やフリガナの変更・訂正があった場合、マイナポータルから変更後の資格情報を確認いただけます。

◆当組合でマイナンバーの収録がされていない場合は「資格情報のお知らせ」は交付できません。

- ・事業所経由でマイナンバーの届出がされていない場合など、当組合でマイナンバーが収録されていない方は申請があっても交付できません。

①被保険者情報

健康保険	記号	番号	生年月日	
			昭和・平成・令和	年 月 日
氏名	(フリガナ)			
住所	(〒 -) 都道 府県			
電話番号	自宅	()	携帯	()

②交付対象者

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	合計	名分 交付希望
被保険者	氏名	生年月日
	(フリガナ) 同上	昭和・平成・令和 同上
被扶養者	氏名	生年月日
	(フリガナ)	昭和・平成・令和 年 月 日
被扶養者	氏名	生年月日
	(フリガナ)	昭和・平成・令和 年 月 日
被扶養者	氏名	生年月日
	(フリガナ)	昭和・平成・令和 年 月 日

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名

電話 ()局

受付印