



交付日	令和 年 月 日
-----	----------

常務理事	事務長	担当者	担当者

## 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

日本製紙健康保険組合 御中

令和 年 月 日 提出

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号 - 番号	-	被保険者の 氏名			
	被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者の資格 を取得した日	昭和 平成 令和 年 月 日		
	被保険者の 現住所	〒 _____ TEL _____				
	再交付する 資格情報のお 知らせは	・本人用      ・家族用 ※下記に該当する被扶養者をすべて書いてください。				
	家族用のときは 対象となる 被扶養者の氏名	氏名	続柄	氏名	続柄	
		氏名	続柄	氏名	続柄	
申請理由	該当するものを○してください。 1 破損 2 紛失 3 その他(理由を具体的に; _____ )					
留意事項	<p>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。)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>医療保険の資格情報画面</b></p>  </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>QRコード アクセス用</p>  </div> </div>					

事 業 主 の 証 明	上記のとおり被保険者から資格情報のお知らせの再交付申請がありましたので提出します。	
	令和 年 月 日	事業所所在地
		事業所名称
		事業主氏名
		電話番号
	印	

受 付 印