

	常務理事	事務長	主任	担当
健保組合 使用欄				

記入見本
(被保険者版)

鉄道弘済会健康保険組合理事長 殿

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

★留意事項

■再交付申請する前に、ご確認ください。

※マイナポータルにアクセスできる携帯端末がある方は再交付申請せず、サイトより情報参照ダウンロードしてください。

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。

ア Q
ク R
セ コ >
ス I
用 ド

医療保険の資格情報
医療保険の資格情報画面

マイナポータルサイトダウンロード用QR

iPhoneを使用する

App Storeへ

Androidを使用する

Google Play Storeへ

■記入日	令和 ●年 ●月 ●日			
■被保険者	被保険者証等 記号・番号	●●●● - ●●●●	事業所名	(株) ●●●●
	フリガナ	テツドウ アリス	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ●●年 ●●月 ●日 <input type="checkbox"/> 令和
	被保険者氏名	鉄道 ありす		
	現住所	〒 123 - 4567 ●●県●●市●● ▲-■-△		

■再交付対象者	該当する申請対象者の番号を記入 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 5px;">1</div> 1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)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	<input checked="" type="checkbox"/> 対象が被保険者本人の場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> する	→	該当する申請理由の番号を記入 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 5px;">2</div> 1. 滅失 2. き損 3. その他 ()
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	該当する申請理由の番号を記入 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 5px;"> </div> 1. 滅失 2. き損 3. その他 ()
	被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	該当する申請理由の番号を記入 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 5px;"> </div> 1. 滅失 2. き損 3. その他 ()
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	該当する申請理由の番号を記入 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 5px;"> </div> 1. 滅失 2. き損 3. その他 ()

事業主証明欄	上記に記載したとおり、被保険者から申請がありましたので届出します。 事業所名称 事業所所在地 〒 事業主名	受付日付印
---------------	--	-------

	常務理事	事務長	主任	担当
健保組合 使用欄				

**記入見本
(被扶養者版)**

鉄道弘済会健康保険組合理事長 殿

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

★留意事項

■再交付申請する前に、ご確認ください。

※マイナポータルにアクセスできる携帯端末がある方は再交付申請せず、サイトより情報参照ダウンロードしてください。

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。

ア Q
ク R
セ コ >
ス I
用 ド

医療保険の資格情報
医療保険の資格情報画面は、マイナポータルからアクセスしてください。

マイナポータルサイトダウンロード用QR

iPhoneを使用する

App Store
からダウンロード

AppStoreへ

Androidを使用する

Google Play
で手に入れます

Google Play Storeへ

■記入日	令和 ●年 ●月 ●日			
■被保険者	被保険者証等 記号・番号	●●●● - ●●●●	事業所名	(株) ●●●●
	フリガナ	テツドウ アリス	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ●●年 ●●月 ●日 <input type="checkbox"/> 令和
	被保険者氏名	鉄道 ありす		
	現住所	〒 123 - 4567 ●●県●●市●● ▲-■-△		

■再交付対象者	該当する申請対象者の番号を記入 <input style="width: 20px; height: 20px; text-align: center; border: 1px solid black;" type="text" value="2"/> <ul style="list-style-type: none"> 1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)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	<input type="checkbox"/> 対象が被保険者本人の場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> する		該当する申請理由の番号を記入 <input type="checkbox"/> 1. 減失 <input type="checkbox"/> 2. き損 <input type="checkbox"/> 3. その他 ()
	被扶養者①	フリガナ: テツドウ スズ 氏名: 鉄道 すず	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ●年 ●月 ●日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	該当する申請理由の番号を記入 <input style="width: 20px; height: 20px; text-align: center; border: 1px solid black;" type="text" value="1"/> 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	該当する申請理由の番号を記入 <input type="checkbox"/> 1. 減失 <input type="checkbox"/> 2. き損 <input type="checkbox"/> 3. その他 ()
	被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	該当する申請理由の番号を記入 <input type="checkbox"/> 1. 減失 <input type="checkbox"/> 2. き損 <input type="checkbox"/> 3. その他 ()

事業主証明欄	上記に記載したとおり、被保険者から申請がありましたので届出します。 事業所名称 事業所所在地 〒 事業主名	受付日付印
---------------	--	-------