


常務理事	事務長	GL	担当

トヨタ関連部品健康保険組合 御中

## 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

記号・番号または個人番号のいずれかをご記入ください

令和 年 月 日 提出

記号・番号	記号	番号	個人番号 (マイナンバー)																															
被保険者 氏名	(フリガナ)			被保険者 生年月日	昭和			平成			年			月			日																	
					令和																													
被保険者 住所	〒																																	
	Tel ( )																																	
対象者	続柄		氏名		申請理由	滅失・き損・他																												
	続柄		氏名		申請理由	滅失・き損・他																												
	続柄		氏名		申請理由	滅失・き損・他																												
	続柄		氏名		申請理由	滅失・き損・他																												
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できます。)</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>																																	
	<p>医療保険の資格情報画面</p> <p>医療保険の資格情報</p> <p>この画面のみでは閲覧できません。マイナポータルと合わせて医療保険等の条件に適合してください。</p> <p>発行日時：2024年2月6日 時点</p> <table border="1"><tr><td>保 険 者 氏 名</td><td>XXXX健康保険組合</td></tr><tr><td>保 険 者 番 号</td><td>00000000</td></tr><tr><td>記 号</td><td>1</td></tr><tr><td>番 号</td><td>00000</td></tr><tr><td>姓 名</td><td>00</td></tr><tr><td>氏 名</td><td>XX XX</td></tr></table> <p>70歳以上の方又は後期高齢者医療の加入者</p> <table border="1"><tr><td>一 部 異 動 者 別 名</td><td>—</td></tr><tr><td>新 特 異 種 別</td><td>—</td></tr></table> <p>(注) マイナポータルでの読み取りができない物理的な場合には、保存したPDFファイルでマイナポータルと本に連携している会社に提出することで受取いただけます。なお、次欄以上の方や後期高齢者医療加入者の方は、表示されている有効期限の到来により一部異動者別名が変更になる場合がありますので、ご確認ください。</p> <p>QRコード アクセス用</p> 																			保 険 者 氏 名	XXXX健康保険組合	保 険 者 番 号	00000000	記 号	1	番 号	00000	姓 名	00	氏 名	XX XX	一 部 異 動 者 別 名	—	新 特 異 種 別
保 険 者 氏 名	XXXX健康保険組合																																	
保 険 者 番 号	00000000																																	
記 号	1																																	
番 号	00000																																	
姓 名	00																																	
氏 名	XX XX																																	
一 部 異 動 者 別 名	—																																	
新 特 異 種 別	—																																	
上記のとおり被保険者から交付申請があり届出するとともに記載事項に相違ないことを証明します。																																		
令和 年 月 日																																		
事業所所在地																																		
事業所名称																																		
事業主の氏名																																		
受付印																																		
2024.11																																		

【提出の流れ】 本人 → 事業所 → 健保組合 (任意継続者は直接健保へ)