

常務理事	事務長		担当者

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記載ください。

被保険者の	記号・番号		個人番号	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												
フリガナ 氏名		生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日													

交付する者 をとの	フリガナ 氏名		生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日
	被保険者 との続柄		申請理由	1.滅失 2.毀損 3.その他 ()

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。</p>	<p style="text-align: center;">医療保険の資格情報画面</p>  <p style="text-align: center;">アクセス用QRコード</p> 
------	--	---

被保険者	年 月 日 〒 住所 氏名 電話番号	(印)
------	--------------------------------	-----

ダイダグン健康保険組合
受付印

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。		
事業主欄名	所在地 事業主氏名 電話番号	(印)
任意継続被保険者の方は、記入は不要です。		