

常務理事	事務長	担当者

令和 年 月 日

京都中央信用金庫健康保険組合 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		所 属	
被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
被 保 険 者 住 所	〒 — — — — — TEL — — — — —		
再 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		
被 保 険 者 氏 名	同 上	生 年 月 日	同 上 申請理由 1 紛失 4 その他 2 滅失 () 3 き損
被 扶 養 者 ① 氏 名		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日 申請理由 1 紛失 4 その他 2 滅失 () 3 き損
被 扶 養 者 ② 氏 名		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日 申請理由 1 紛失 4 その他 2 滅失 () 3 き損
被 扶 養 者 ③ 氏 名		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日 申請理由 1 紛失 4 その他 2 滅失 () 3 き損

※ 太枠のみご記入ください。

〔留意事項〕

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。

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。

上記のとおり被保険者から申請がありましたので届出いたします。 令和 年 月 日 住 所 事業主 氏 名	※ 健康保険組合 受付欄
--	--------------

※ 健康保険組合 使用欄

再交付日		送付日	
------	--	-----	--