

申請ルート: 申請者(被保険者)→事業場人事労務担当部署→ミットヨ健康保険組合

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

資格情報のお知らせを紛失・棄損したために再交付を希望する場合にご使用ください。
ただし、マイナ保険証をお持ちで、マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】を参照できる場合は、当該画面で代用可能なため、原則申請は不要です。
詳細は以下留意事項を参照ください。

ミットヨ健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者	被保険者等記号		被保険者等番号		申請日	
	ふりがな				社員番号	
	氏名				生年月日	
	所属名称					
	住民票住所	〒 -				

対 象 者 欄	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	ふりがな		生年月日	申請理由
		氏名			1.減失 2.破損 3.その他()
	被 扶 養 者 ①	ふりがな		生年月日	申請理由
		氏名			1.減失 2.破損 3.その他()
	被 扶 養 者 ②	ふりがな		生年月日	申請理由
		氏名			1.減失 2.破損 3.その他()
	被 扶 養 者 ③	ふりがな		生年月日	申請理由
		氏名			1.減失 2.破損 3.その他()
	被 扶 養 者 ④	ふりがな		生年月日	申請理由
		氏名			1.減失 2.破損 3.その他()

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。

事 業 主 証 明 確 認 欄	上記確認のうえ、事実と相違ないことを証明します。	確認日			確認者
	事業所所在地 神奈川県川崎市高津区坂戸一丁目20番1号	年	月	日	
	名 称 株式会社 ミットヨ				
	事業主氏名 代表取締役社長 沼田 恵明				
事業主が確認した場合にチェック欄にチェックをいれてください。	チェック欄 ☐	この届出については①又は②の要件をみたしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。			

健 保 記 入 欄	常務理事	事務長	係	係	健保組合受付欄