

提出先: 各会社の社会保険担当者
 【任意継続／特例退職の方】
 〒103-0015
 東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwaリバーゲート南ウイング10階
 日本アイ・ビー・エム健康保険組合

常務理事	事務長	GL	担当者

健康保険 資格情報のお知らせ (再) 交付申請書

マイナポータル【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

被保険者情報	記号・番号	記号	番号	生年月日
	氏名	フリガナ		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	住所	<input type="text"/> - <input type="text"/>	都 道 府 県	電話番号

対象者欄	交付対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) <input type="checkbox"/> 被保険者および被扶養者		
	被保険者	フリガナ	生年月日	申請理由
	氏名	同上	同上	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> その他 ()
	被扶養者①	フリガナ	生年月日	申請理由
	氏名	同上	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> その他 ()
被扶養者②	フリガナ	生年月日	申請理由	
氏名	同上	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> その他 ()	
被扶養者③	フリガナ	生年月日	申請理由	
氏名	同上	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 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。)</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>アクセス用QRコード</p> 
------	--	--

事業主欄	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。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

決裁日付印 / 受付日付印