

# 資格情報のお知らせ 再交付申請書

令和 年 月 日 提出

常務理事	事務長	業務課長	扱者

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	
	社会保険労務士記載欄

被保険者の 記号-番号	—	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
被保険者氏名						
住所	〒					

## 再交付希望者

①	氏名					被保険者との続柄
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請理由
②	氏名					被保険者との続柄
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	申請理由

資格情報のお知らせを紛失・き損したことにより再交付を希望する場合にご使用ください

ただし、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、以下を参照ください

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。

