

課 長	保 健	係


資格情報通知書 再交付申請書

資格情報通知書(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はご使用ください。
 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。

組合員情報	組合員等記号番号 又は個人番号※	-	所属所名	
	組 合 員 氏 名	フリガナ		生年月日

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 組合員(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 組合員(本人)および被扶養者(家族)分		
	組合員	フリガナ氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 <input type="checkbox"/> 1 減失 <input type="checkbox"/> 2 き損 <input type="checkbox"/> 3 その他()
	被扶養者①	フリガナ氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 1 減失 <input type="checkbox"/> 2 き損 <input type="checkbox"/> 3 その他()
	被扶養者②	フリガナ氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 1 減失 <input type="checkbox"/> 2 き損 <input type="checkbox"/> 3 その他()
	被扶養者③	フリガナ氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 1 減失 <input type="checkbox"/> 2 き損 <input type="checkbox"/> 3 その他()

留意事項	<p>資格情報通知書は、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。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確認できます。(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、資格情報通知書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>	QR コー ド 用 途	
------	---	-------------------------	---

上記のとおり申請します。

栃木県市町村職員共済組合理事長 様

年 月 日

住所
申請者
氏名

共済組合受付日付印

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職名
所属所長
氏名