

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、**マイナポータル**の【健康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。

健康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。
(右記二次元コードからアクセスください。)

なお、健康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。

健康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。

健康保険の資格情報画面



二次元コード



健康保険	記号	番号	申請日	年 月 日
被保険者氏名 (自署)			被保険者連絡先 (日中連絡可能な電話番号)	()
生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日	資格取得(入社)日	年 月 日
会社名	<input type="checkbox"/> ジブラルタ生命 <input type="checkbox"/> ジブラルタ生命以外 () <input type="checkbox"/> 任意継続・特例退職		所属	() 支社 () 営業所 本社 () チーム その他 ()
「資格情報のお知らせ」送付希望住所 被保険者宛に送付します。確実に受け取れる住所をご記入ください。	(〒 -)			

交付対象者 (1~3のうち該当する番号を記入)	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	フリガナ	同上	生年月日	同上	申請理由 下の理由欄より該当する理由を選び番号を記入してください
	氏名	同上			

被扶養者 1

氏名	フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	年 月 日	申請理由 下の理由欄より該当する理由を選び番号を記入してください
	氏名				

被扶養者 2

氏名	フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	年 月 日	申請理由 下の理由欄より該当する理由を選び番号を記入してください
	氏名				

被扶養者 3

氏名	フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	年 月 日	申請理由 下の理由欄より該当する理由を選び番号を記入してください
	氏名				

※ 申請理由欄	再交付申請理由 1. 資格情報のお知らせをき損 2. 資格情報のお知らせを紛失 3. 資格情報のお知らせを盗まれた
---------	---

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。

事業主名称
事業主氏名
社会保険労務士の提出代行者

提出先

ジブラルタ生命・PGF生命	大槻事務所	各事業主の健康保険担当一覧は右記
CLIS・コミュニティSKY・PGI・三栄収納サービス・PGビジネスサービス・GIB労組	各事業主の健康保険担当	二次元コードからご確認ください

※ 特例退職被保険者・任意継続被保険者は、当健保組合に直接郵送してください。

【健康保険組合使用欄】

同年月日	年 月 日
資格取得日	年 月 日
発行枚数	1枚・2枚・3枚・4枚
(再)交付日	年 月 日

理事長	常務理事	事務長	役職者	担当者	受理日