

## 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

記入見本

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、マイナポータル内の【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QR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ありませんが、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

医療保険の資格情報	
氏名	XXXXXXXXXX
生年月日	XXXX年XX月XX日
資格取得日	XXXX年XX月XX日
会社名	XXXXXXXXXX
所属	XXXXXXXXXX

## QRコード



健康保険①	記号	1	番号	12345	申請日②	XXXX年1月6日
被保険者氏名(自署)③	健保 太郎				被保険者連絡先④ (日中連絡可能な電話番号)	080(0000)XXXX
生年月日⑤	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> H XX年1月23日				資格取得(入社)日⑥	XXXX年4月1日
会社名⑦	<input checked="" 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⑧	(XXXXX)支社(XXXXX)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⑨ 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。	(〒 XXX-XXXX) 東京都豊島区東池袋〇-〇-〇					

交付対象者⑩ (1~3のうち該当する番号を記入)	1	1. 被保険者(本人)のみ 2. 被扶養者(家族)のみ 3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分
-----------------------------	---	---

## 被保険者⑪

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	1
	氏名	同上				

## 被扶養者 1⑫

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

⑬

社会保険労務士の提出代行者

## 提出先

ジブラルタ生命	大槻事務所	各事業主の健康保
PGF生命・CLIS・協栄年金ホーム・	各事業主の健	険担当一覧は右記
PGI・三栄収納サービス・PGビジネスサ-	康保険担当	QRコードからご確認ください
ビス・GIB労組		

※ 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(局)長	役職者	担当者	受理日

ジブラルタ健康保険組合 健-4③ (2025.3)

**次のような場合に、この申請をご使用ください**

マイナポータルの【健康保険の資格情報画面】を参照できない等、書面による資格情報のお知らせの再発行を希望する場合にご使用ください

**【記入要領（記入例の番号と照合してください）】**

**①健康保険記号・番号**

健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号をご記入ください

**②申請日**

在職被保険者の方：事業所に申請する日をご記入ください

任意継続被保険者・特例退職被保険者の方：当健保組合に申請する日をご記入ください

**③被保険者氏名**

氏名を自署でご記入ください

**④被保険者連絡先**

日中連絡可能な電話番号をご記入ください

**⑤生年月日**

生年月日をご記入ください

**⑥資格取得（入社）日**

資格取得（入社）日をご記入ください

**⑦会社名**

会社名にチェックまたはご記入ください

**⑧所属**

所属先をご記入ください

**⑨「資格情報のお知らせ」送付希望住所**

「資格情報のお知らせ」の送付先ご住所をご記入ください。

「資格情報のお知らせ」は特定記録郵便扱いで被保険者宛への送付となりますので予めご了承ください。

**⑩交付対象者**

今回再交付を希望する方について、1～3のうち該当する番号をご記入ください

**⑪被保険者**

再交付対象者が被保険者の場合は、こちらの「申請理由」に1～3のうち該当する番号をご記入ください

**⑫被扶養者**

再交付対象者が被扶養者の場合は、こちらの「氏名（フリガナ）」「生年月日」「申請理由」に1～3のうち該当する番号をご記入ください

**⑬事業主証明欄**

事業主欄は本社（または社労士事務所）で記入しますので、記入不要です

**【提出先】各事業主の健康保険担当**

※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送にて提出して下さい。

事業主名		担当部署	
ジブラルタ生命保険株式会社		社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 以下イントラを確認いただき、専用の送付状貼付のうえ提出します。 格納場所：Gibraltar Web Portal > 給与厚生サービス > 社会保険サブメニュー	
事業主名	担当部署	事業主名	担当部署
ブルデンシャルジブラルタファイナンシャル生命保険株式会社	人事チーム	株式会社協栄年金ホーム	総務部
株式会社CLIS	人事総務部	株式会社三栄収納サービス	総務部
株式会社PGI	総務部門	ジブラルタ生命労働組合	総務担当
PGビジネスサービス株式会社	総務部	ジブラルタ健康保険組合	総務担当