

# 健康保険

## 資格情報のお知らせ

資格情報のお知らせ  
令和6年8月31日発行  
東洋製罐健康保険組合  
保険者番号: [ ]  
記号 XXXX 番号 XXXXXXX (枝番) 00  
氏名 東罐 一郎  
見本  
受診の際にはマイナ保険証が आवश्यकです

マイナポータル(<https://myna.go.jp/>)にログインし「証明書」からも情報を確認できます

健保 受付印

事業所 受付印

資格情報のお知らせを紛失・棄損したために再交付した、マイナポータルの【医療保険の資格情報】詳細は、以下留意事項を参照ください

能なため、原則申請は不要です

|        |              |   |                            |   |
|--------|--------------|---|----------------------------|---|
| 被保険者情報 | 記号・番号        | 記号(右づめ) [X][X][X][X]                          | 番号(右づめ) [ ][ ][X][X][X][X] | 生年月日<br>1. 昭和<br>2. 平成 [Y][Y]年 [M][M]月 [D][D]日<br>3. 令和 |
|        | 氏名(自署)       | フリガナ トウカン イチロウ<br>(自署) 東罐 一郎 申請者が自筆にて記入してください |                            |   |
|        | 住所           | (〒 141 - 9999 )<br>東京都品川区●●町 1-2-3 ■■ハイツ101   |                            |   |
|        | 電話番号(日中の連絡先) | TEL 03 ( 9999 ) 9999                          |                            |   |

|      |       |  |  |                               |
|------|-------|--|--|-------------------------------|
| 対象者欄 | 対象者   | 2 1 被保険者(本人)のみ<br>2 被扶養者(家族)のみ<br>3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分 |  |                               |
|      | 被保険者  | フリガナ 氏名 同上   | 生年月日 同上  | 申請理由 1.減失<br>2.き損<br>3.その他( ) |
|      | 被扶養者① | フリガナ 氏名 東罐 花子  | 生年月日 1. 昭和 [Y][Y]年 [M][M]月 [D][D]日<br>2. 平成 [Y][Y]年 [M][M]月 [D][D]日<br>3. 令和 [Y][Y]年 [M][M]月 [D][D]日 | 申請理由 1.減失<br>2.き損<br>3.その他( ) |
|      | 被扶養者② | フリガナ 氏名  | 生年月日 1. 昭和 [ ][ ]年 [ ][ ]月 [ ][ ]日<br>2. 平成 [ ][ ]年 [ ][ ]月 [ ][ ]日<br>3. 令和 [ ][ ]年 [ ][ ]月 [ ][ ]日 | 申請理由 1.減失<br>2.き損<br>3.その他( ) |
|      | 被扶養者③ | フリガナ 氏名  | 生年月日 1. 昭和 [ ][ ]年 [ ][ ]月 [ ][ ]日<br>2. 平成 [ ][ ]年 [ ][ ]月 [ ][ ]日<br>3. 令和 [ ][ ]年 [ ][ ]月 [ ][ ]日 | 申請理由 1.減失<br>2.き損<br>3.その他( ) |

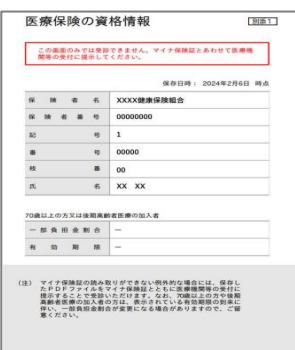
留意事項

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。

医療保険の資格情報画面



QRコード  
アクセス  
用



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   |

|          |      |     |   |
|----------|------|-----|---|
| 再交付年月日   | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| 令和 年 月 日 |      |     |   |