

## 資格情報のお知らせ 再交付申請書

この書類は資格情報のお知らせを紛失・き損したために再交付を希望する場合にご使用ください。  
但し、マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】を参照できる方は、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、留意事項を参照ください。

|                            |  |                          |                |   |  |  |
|----------------------------|--|--------------------------|----------------|---|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄      | 記号・番号  | —                        | 電話番号           |   |  |  |
|                            | 氏名   |                          | 生年月日           | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |  |  |
|                            | 会社・部署名   | 社内メールにてお届けが可能なようにご記載ください |                |   |  |  |
|                            | 住所   | (〒 — )                   |                |   |  |  |
| 交<br>付<br>対<br>象<br>者<br>欄 | 交付を必要とする対象者<br>(本人の場合も記入)  | 氏名                       | 生年月日           | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | 申請理由<br>(その他の場合は理由欄に記入)  | <input type="checkbox"/> 滅失<br><input type="checkbox"/> き損<br><input type="checkbox"/> その他 |
|                            |  | 氏名                       | 生年月日           | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | 申請理由<br>(その他の場合は理由欄に記入)  | <input type="checkbox"/> 滅失<br><input type="checkbox"/> き損<br><input type="checkbox"/> その他 |
|                            |  | 氏名                       | 生年月日           | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | 申請理由<br>(その他の場合は理由欄に記入)  | <input type="checkbox"/> 滅失<br><input type="checkbox"/> き損<br><input type="checkbox"/> その他 |
|                            |  | 氏名                       | 生年月日           | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | 申請理由<br>(その他の場合は理由欄に記入)  | <input type="checkbox"/> 滅失<br><input type="checkbox"/> き損<br><input type="checkbox"/> その他 |
| 理<br>由<br>欄                | 1：滅失<br>2：き損<br>3：その他 ( )  |                          |                |   |  |  |
| 留<br>意<br>事<br>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。<br>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。<br>(右記QRコードからアクセスください。)                 |                          |                |   |  |  |
|                            | 尚、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。<br>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。 |                          | アクセス用<br>QRコード |   | 医療保険の資格情報画面<br>医療保険の資格情報<br>この画面のみでは参照できません。マイナポータルからアクセスしてください。<br>※ 印刷<br>氏名 XXXX健康保険組合<br>保険者番号 00000000<br>記号 1<br>生 年 00000<br>性 男 60<br>氏 名 XX XX<br>70歳以上の方は後期高齢者医療の加入者<br>— 期 間 制 否 否<br>— 期 間 制 否 否<br>(注) マイナポータルが利用できない場合は、原則としてマイナポータルからアクセスしてください。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。 |  |

|                            |                        |                          |
|----------------------------|------------------------|--------------------------|
| 事<br>業<br>主<br>証<br>明<br>欄 | 上記の申請について相違ないことを証明します。 |                          |
|                            | 令和 年 月 日               | 事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主名称 |

## 《提出先》

- ①トヨタ車体の方・・・ トヨタパーソナルサポート(株) →トヨタ車体健康保険組合 【送付方法は記入例をご覧ください】  
②トヨタ車体研究所の方・・・ LSCオフィスサポート事業室 →トヨタ車体健康保険組合  
③その他の事業所の方・・・ 所属事業所担当部署(人事・総務など) →トヨタ車体健康保険組合  
④任意継続の方・・・ トヨタ車体健康保険組合