

資格情報のお知らせ 再交付申請書

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

常務理事	事務長	係

マイナポータルの【医療保険資格情報画面】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。

令和 6 年 12 月 2 日 提出

被 保 険 者	① 被保険者証 記号・番号	12	3456	② (フリガナ) 被保険者 氏名	ご本人の氏名					
	③ 生年月日	昭 平 令	ご本人の生年月日		④ 住 所	ご本人の住所				
	⑤ 資格取得 年月日	昭 平 令	会社に入社した日		⑥ 事 業 所 称	勤務している会社名				
再 交 付 の 対 象 者	⑦(カナ) 氏名	再交付対象者の氏名(カナ)		⑧ 続 柄	再交付対象 者の続柄	⑨ 生 年 月 日	昭 平 令	再交付対象者の生年月日		
	⑩(カナ) 氏名	再交付対象者の氏名(漢字)		⑪ 続 柄		⑫ 生 年 月 日	昭 平 令	年	月	日生
	⑬(カナ) 氏名			⑭ 続 柄		⑮ 生 年 月 日	昭 平 令	年	月	日生
誓 約 書	貴組合発行の私を被保険者とする資格情報のお知らせを滅失いたしましたので届出いたします。 滅失した資格情報のお知らせにより事故が発生した場合の損害については、私が責任を負うことを誓約いたします。 また、後日資格情報のお知らせを発見した際は無断で破棄することなく直ちに返却いたします。									
			被保険者氏名		ご本人の氏名		印			
申 請 理 由	〔該当するものを○で囲んでください。〕 ・ 紛失 ○ ・ 盗難 ・ 破損 ・ その他 ()									
滅 失 等 の 状 況	〔いつ・どこで・どのように等、具体的に記入してください。〕 令和〇年〇月〇日に病院へ提示したところまでは覚えていますが、その後の記憶がなく、 病院で紛失したものと思われます。 今後は、気を付けて管理しますので、再交付をお願いいたします。									
届 出 状 況 署	届出警察署名		届出年月日		区分選択及び受理(不受理)番号〔不受理の場合、理由を記入〕					
	届出警察署名		届出年月日		<input checked="" type="checkbox"/> 受理 <input type="checkbox"/> 不受理(理由:) No. 届出受理番号					

※	被保険者から再交付申請がありましたので届出するとともに、上記記載内容に相違ないことを証明します。 今後、このような事のないように十分指導いたします。									
事 業 主	令和 年 月 日									
証 明 欄	所在地 事業主 名称 氏 名									

2024.12.2

交付年月日	* 令和 年 月 日
-------	------------

提出経路
(被保険者)→(事業所)→(健康保険組合)