


資格情報のお知らせ 再交付申請書

マイナポータル【医療保険の資格情報画面】で画面で代用可能です。確認いただける場合は、原則、申請不要です。詳細は、以下留意事項を参照ください

組合員欄	氏名	フリガナ	所属機関名
	郵便番号	<input type="text"/>	電話番号
	住所	都 道 府 県	
	記号・番号	記号(左つめ) 番号(左つめ)	生年月日
	地・大 阪	<input type="text"/>	1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分					
	組合員	フリガナ 氏名	同上	生年月日	同上	申請理由	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
		被扶養者①	フリガナ 氏名				<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
		記号・番号	記号(左つめ) 番号(左つめ)	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	被扶養者②	フリガナ 氏名				申請理由	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
		記号・番号	記号(左つめ) 番号(左つめ)	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	被扶養者③	フリガナ 氏名				申請理由	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
		記号・番号	記号(左つめ) 番号(左つめ)	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		

理由欄	1 : 資格情報のお知らせを紛失・破損したため	2 : その他(特段の事情を記入)
	[<input type="text"/>]	

留意事項	<p>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、スマートフォン等を用いてマイナポータルへアクセスすることで確認することができます(右記QRコードからアクセスください)。</p> <p>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。</p> <p>資格確認書を保有している場合や、マイナ保険証を保有しており、スマートフォン等によりマイナポータルに表示される医療保険の資格情報画面を確認できる場合は、資格情報のお知らせを常に携帯しておく必要はありませんので、紛失したとしても再交付の申請は不要です。</p>	<p>アQR クR セ→ ス↓ 用D</p> 
------	---	--

上記のとおり申請します。

地方職員共済組合 大阪府支部長 様

年 月 日 申請者 氏名

地 共 済 受 付 欄	所 属 所 受 付 欄
----------------------------	----------------------------