

課長	課長補佐	主幹・係長	係

再交付



資格情報通知書 再交付申請書

マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】を参照できる場合は、当該画面で代用可能なため、原則申請は不要です。詳細は、下記留意事項を参照ください。

所属所コード (右づめ)	組合員番号 (右づめ)	所属所名	組合員氏名

再交付対象者	組合員等			氏名	生年月日				続柄
	記号	番号	枝番		元号	年	月	日	
		3 昭和	.....	.....	.....
		4 平成	.....	.....	.....
		5 令和	.....	.....	.....
	住所			再通知申請の理由 (該当項目を○で囲み、状況を記入してください。)					
〒 -			1. 亡失 (状況) 2. 損傷 (状況) 3. その他 (状況)						
再交付対象者	組合員等			氏名	生年月日				続柄
	記号	番号	枝番		元号	年	月	日	
		3 昭和	.....	.....	.....
		4 平成	.....	.....	.....
		5 令和	.....	.....	.....
	住所			再通知申請の理由 (該当項目を○で囲み、状況を記入してください。)					
〒 -			1. 亡失 (状況) 2. 損傷 (状況) 3. その他 (状況)						

留意事項	<p>資格情報通知書 (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。)</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>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、資格情報通知書 (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通知の申請は不要です。</p>	<p style="text-align: center;">【医療保険の資格情報画面】</p> <p style="text-align: center;">QRコード アクセス用</p>
------	---	--

申請者欄	上記のとおり申請します。 静岡県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名	所属所確認欄	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 静岡県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 所属所長 職名 氏名
------	--	--------	---