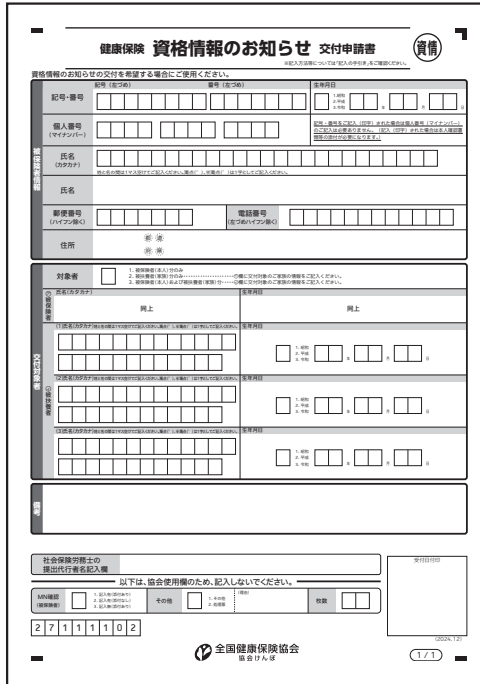


健康保険 資格情報のお知らせ 交付申請書 記入の手引き

資格情報のお知らせの交付を希望する場合にご使用ください。

申請書は1ページです。
漏れなく正確にご記入ください。



The form is titled "健康保険 資格情報のお知らせ 交付申請書" (Health Insurance Qualification Information Notification Delivery Application). It includes fields for:

- 記号・番号 (Symbol/Number)
- 記入番号 (マイナ保険証) (Entry Number (My Number))
- 氏名 (姓・名) (Name (Surname/First Name))
- 郵便番号 (郵便番号) (Postal Code)
- 電話番号 (電話番号) (Phone Number)
- 住所 (郵便 都道府県) (Address (Postcode Prefecture))
- 対象者 (対象者) (Applicant) with checkboxes for "本人" (Self) and "家族" (Family).
- 職業 (職業) (Occupation) with checkboxes for "就労" (Employed) and "非就労" (Not Employed).
- 社会保険料滞り (社会保険料滞り) (Social Insurance Premium Arrears) section.

 At the bottom, there is a QR code and the text "27111102" and "1/1".

注意事項

提出先

ご加入の協会けんぽ都道府県支部にご提出ください。

その他

- 資格情報のお知らせのみで医療機関等を受診することはできません。
- 医療機関等を受診する際にマイナ保険証の読み取りができない例外的な場合については、マイナポータル上の資格情報画面をマイナ保険証とともに医療機関等で提示していただくか、資格情報のお知らせをマイナ保険証とともに医療機関等で提示していただくことで受診いただけます。
- スマートフォンをお持ちの方は、二次元コードからマイナポータルにログインすることで、ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。



次ページに記入例があります。➔

ご提出・お問い合わせ先

申請書のご記入後は、協会けんぽ都道府県支部に郵便でご提出ください。
*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



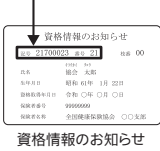
協会けんぽ

検索

記入例

資格情報のお知らせ 交付申請書

1 資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。



2 個人番号（マイナンバー）の欄は①の記号と番号が不明の場合のみご記入ください。被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です（※1）。本人確認書類貼付台紙（※2）に、②①の両方を貼付のうえ、申請書に添付してください。

- ② 身元確認を行うための書類（いずれか1点）
 - ・被保険者の個人番号カード（表面）のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ① 番号確認を行うための書類（いずれか1点）
 - ・被保険者の個人番号カード（裏面）のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

（※1）行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等の法律に定められています。
（※2）協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

- ・申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 01123456789アイウ
- ・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスで埋めてください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線（黒）で抹消して、正しい内容をご記入ください。

3 被保険者の氏名をご記入ください。機械（OCR）処理をしますので、必ず氏名（カタカナ）もご記入ください。

4 原則、被保険者の住所をご記入ください。なお、被保険者の住所で受け取りができない場合は、受け取りが可能な住所をご記入ください。ただし、宛名は被保険者氏名になります。

5 交付が必要な方を1～3から選択のうえ、あてはまる数字をご記入ください。

6 交付が必要な方が被扶養者の場合は①の欄の氏名と生年月日をご記入ください。

資情

健康保険 資格情報のお知らせ 交付申請書

※記入方法等については「記入の手引き」をご確認ください。

資格情報のお知らせの交付を希望する場合にご使用ください。

	記号（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
記号・i	① 217000023	21	1 1 2. 61 3. 01 月 22 日
個人番号 (マイナンバー)	②		
氏名 (カタカナ)	③ キョウカイ タロウ		
氏名	協会 太郎		
郵便番号 (ハイフン)	④ 10500000	電話番号 (左づめハイフン除く)	090XXXXXX
住所	東京 道 港区 1-1		

	対象	1. 被保険者(本人)のみ 2. 被扶養者(家族)のみ………⑤欄に交付対象のご家族の情報を記入ください。 3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分………⑤欄に交付対象のご家族の情報を記入ください。
⑤	2	

	被扶養者	生年月日
⑥	(1) 氏名(カタカナ) 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。	1 1 2. △△ 3. 10 月 22 日
	(2) 氏名(カタカナ) 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。	1. 昭和 2. 平成 3. 令和
	(3) 氏名(カタカナ) 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。	1. 昭和 2. 平成 3. 令和

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者) 1. 記入有(受付あり) 2. 記入有(受付なし) 3. 記入無(受付あり) その他 **協会使用欄は記入不要です。**

2 7 1 1 1 0 2

受付日付印

(2024+12)

全国健康保険協会 協会けんぽ