

常務理事	事務長	主任	担当者

健康保険

被保険者氏名変更届

① 事業所記号		② 被保険者番号		③ 生 年 月 日			
				昭. 平. 令. 5 7 9 年 月 日			
④ 被保険者の氏名 (変更後)		(氏)	(名)	変更前の氏名		(氏)	(名)
		(フリガナ)					
						⑤ 資格確認書 添付有無	
						有 ・ 無	

令和 年 月 日 提出

「 受 付 印 」

事業所所在地	〒	—	
事業所名称			
事業主氏名			
電 話	(	局)	番

社会保険労務士記載欄
氏名等

健康保険 資格確認書 (再)交付申請書

常務理事	事務長	主任	担当者

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報	個人番号 (マイナンバー)				個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。	
	記号・番号		—		生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	
	氏 名	フリガナ				
	郵便番号		電話番号			
	住 所	都 道 府 県				

対象者欄	対象者	☐ 1 被保険者(本人)分のみ ☐ 2 被扶養者(家族)分のみ ☐ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分				
	被保険者	フリガナ 氏 名	生年月日		申請理由	
		同上	同上		☐ 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	生年月日		申請理由	
		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください			
被扶養者②	フリガナ 氏 名	生年月日		申請理由		
	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください				
被扶養者③	フリガナ 氏 名	生年月日		申請理由		
	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	☐ 下記、理由欄より必ず選択ください				

理由欄	1 : マイナンバーカードを紛失したため
	2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため
	3 : マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
	4 : マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため
	5 : マイナンバーカードを作っていないため
	6 : マイナンバーカードを返納したため
	7 : マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため
	8 : 資格確認書を滅失・き損したため

事業主欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。	受付日付印
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
電 話 番 号		
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄		

静岡県中部機械工業健康保険組合

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

常務理事	事務長	主任	担当者

資格情報のお知らせを紛失・棄損したために再交付を希望する場合はご使用ください
ただし、マイナポータル【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、以下留意事項を参照ください

被保険者情報	記号・番号	記 号 番 号		生年月日	
	氏 名	フリガナ			
	郵便番号	電話番号			
	住 所	都 道 府 県			

対 象 者	対 象 者	1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被保険者	フリガナ 氏 名	生年月日	申請理由
	被扶養者①	フリガナ 氏 名	生年月日	申請理由
	被扶養者②	フリガナ 氏 名	生年月日	申請理由
被扶養者③	フリガナ 氏 名	生年月日	申請理由	

留意事項

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。
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。)

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。

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。

医療保険の資格情報画面

医療保険の資格情報

この画面からは、マイナポータルで登録されている医療保険の資格情報を確認することができます。

画面例: 2024年2月1日 現在

姓	氏 名	3333 医療保険資格画面
生 年 月 日	1	00000000
性	男	1
生 年 月 日	1	000000
姓	氏 名	00
生 年 月 日	1	00 00

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。

※ この画面からは、マイナポータルで登録されている医療保険の資格情報を確認することができます。

QRコード
スキャン



事業主欄

上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

受付日付印

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書

静岡県中部機械工業健康保険組合 殿

令和 年 月 日

解除申請者	フリガナ			昭和・平成・令和 年 月 日	
	氏名				
	住所	(郵便番号)			
		都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号			
		Email			
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	被保険者等記号		番号	枝番
マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除について	☐ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を申請します。 ※利用登録を解除すると、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を行うことはできなくなります。 ※利用登録の解除を申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。 ※利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映されるまで、1～2か月程度時間がかかる場合があります。 署名: _____				

(解除を希望する理由)

- ※ マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。
- ※ マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。
- ※ なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。

(備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間(1～2か月程度)に、別の医療保険者等に異動した場合は、異動後の医療保険者等に対し、自身が以前に加入していた医療保険者等に対して解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の申請を行うようにしてください。