

マイナポータルより【医療保険の資格情報画面】が確認できる方は申請不要です。

常務理事	事務長	係	係
------	-----	---	---

ソニー健康保険組合 理事長殿

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

被保険者 記号・番号		被保険者の記号・番号が不明の場合は 個人番号(マイナンバー)を記入ください		
記号	番号			
被保険者 個人番号 (マイナンバー)				
被保険者 氏名		被保険者 生年月日		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
被保険者の会社名・所属部署 ※建物、階層、営業所、部、課名など ★任継・特退被保険者は住民票住所を記入ください		確認欄		
		<input type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が 作成した申請書である		
日中連絡の取れる連絡先 ※お問い合わせの際に利用します				
(電話番号)	(メールアドレス)			
対象者欄	氏名	続柄	生年月日	申請理由
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	1. マイページへの再アップロードを希望 2. 紙での発行を希望 3. その他()
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	1. マイページへの再アップロードを希望 2. 紙での発行を希望 3. その他()
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	1. マイページへの再アップロードを希望 2. 紙での発行を希望 3. その他()
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。</p>			
	<p>医療保険の資格情報画面</p>  <p>QRコード アクセス 用</p> 			
	<p>※ 個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。 〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合</p>			

※ 個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

事業主の証明	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
	事業主名 電話番号
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	

受付印

マイナポータルより【医療保険の資格情報画面】が確認できる方は申請不要です。

常務理事	事務長	係	係

ソニー健康保険組合 理事長殿

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

被保険者 記号・番号			
記号	999	番号	999999
被保険者 個人番号 (マイナンバー)			
被保険者 氏名		被保険者 生年月日	
健保 元		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 3 年 2 月 20 日	
被保険者の会社名・所属部署 ※建物、階層、営業所、部、課名など ★任継・特退被保険者は住民票住所を記入ください		確認欄	
▽▽(株) ○○TEC ○階 ××部 ×課		<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成した申請書である	
日中連絡の取れる連絡先 ※お問い合わせの際に利用します			
(電話番号)		(メールアドレス)	
999-9999-9999		gen.kenpo@○○.com	

被保険者が作成し、必ず✓を記入してください。記入がない場合は(再)交付できません。

対象者欄	氏名	続柄	生年月日	申請理由
	(フリガナ) ケンポ ミホ	妻	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	1. マイページへの再アップロードを希望 紙での発行を希望 その他()
	健保 美保		4 5 5 年 月 日	
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	2. マイページへの再アップロードを希望 紙での発行を希望 その他()
(フリガナ)		年 月 日		

マイページへの再アップロードを希望された場合は、被保険者のソニー健保ウェブサイト加入者専用マイページの通知書・証明書へPDFデータにてアップいたします。

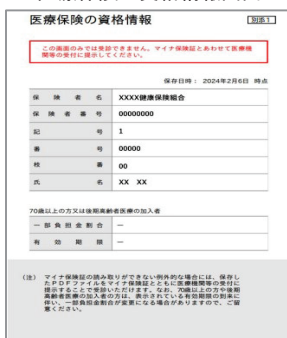
留意事項

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



QRコード
アクセス用



※ 個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合

事業主の証明	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
	事業主名 電話番号
社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

受付印