

| | | | | |
|------|-----|----|---|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 次長 | 係 | 交付日 |
| | | | | |

国民健康保険 資格確認書・資格情報のお知らせ 再交付申請書（紛失届）

静岡県医師国民健康保険組合 御中

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------|------|------------------------|---|---|---|----|------------------|--|-----------------------|---|---|--|--|--|--|--|
| 再 交 付 希 望 者 | 記号番号 | | 9 | | | | | 申請日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| | 1 | フリガナ | | | | | | 区分 | 1. 正組合員 2. 正組合員家族 3. 准組合員 4. 准組合員家族 | | | | | | | | |
| | | 氏名 | | | | | | | 再交付区分 | 1. 資格確認書 2. 資格情報のお知らせ | | | | | | | |
| | | 生年月日 | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | マイナンバー (個人番号) | | | | | | | | | |
| | 2 | フリガナ | | | | | | 区分 | 1. 正組合員 2. 正組合員家族 3. 准組合員 4. 准組合員家族 | | | | | | | | |
| | | 氏名 | | | | | | | 再交付区分 | 1. 資格確認書 2. 資格情報のお知らせ | | | | | | | |
| | | 生年月日 | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | マイナンバー (個人番号) | | | | | | | | | |
| | 3 | フリガナ | | | | | | 区分 | 1. 正組合員 2. 正組合員家族 3. 准組合員 4. 准組合員家族 | | | | | | | | |
| | | 氏名 | | | | | | | 再交付区分 | 1. 資格確認書 2. 資格情報のお知らせ | | | | | | | |
| | | 生年月日 | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | マイナンバー (個人番号) | | | | | | | | | |
| | 再交付の理由 | | 1. 紛失 2. き損 3. その他 () | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------|-----|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| （ 申 請 者 ） | 氏名 | | | | | | マイナンバー (個人番号) | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 - | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 電話番号 | - - | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|--------------|--|--|--|--|-----|--|
| 提出代行者記入欄 (社会保険労務士) | 氏名 (事務所名) | | | | | 担当者 | |
|-----------------------|--------------|--|--|--|--|-----|--|

【再交付区分の補足説明】

1. マイナンバーカードを取得されていない方、マイナンバーカードの保険証利用登録を行っていない方
2. マイナンバーカードの保険証利用登録を行っている方