

伺	決裁年月日	令和	年	月	日
	理事長	常務理事	事務長	係	

国民健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証の 記号番号	1・3種組合員				2・4種組合員														
氏名	性別	生年月日	続柄	個人番号															
	男	昭・平・令 年 月 日																	
	女	年 月 日																	
	男	昭・平・令 年 月 日																	
	女	年 月 日																	
	男	昭・平・令 年 月 日																	
	女	年 月 日																	
	男	昭・平・令 年 月 日																	
	女	年 月 日																	
	男	昭・平・令 年 月 日																	
	女	年 月 日																	
再交付申請の理由 (詳細に記入)																			
<p>上記のとおり届けます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒 1・3種組合員 住所</p> <p>氏名 (印)</p> <p>TEL ( ) FAX ( )</p> <p>〒 2・4種組合員 住所</p> <p>氏名 (印)</p> <p>TEL ( ) FAX ( )</p> <p>個人番号</p> <p>個人番号</p> <p>三重県医師国民健康保険組合理事長 様</p>																			

紛失したときは、裏面もご記入下さい。  
 損傷したときは、被保険者証を添付して下さい。

【個人番号の利用目的について】

本組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収事務で利用します。

## 国民健康保険被保険者証紛失届

令和 年 月 日交付の被保険者証を紛失したのでお届けします。  
なお、紛失した被保険者証を発見したときは、速やかにお返しいたします。

令和 年 月 日

種組合員 住所

氏名

㊞