

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		
	女	年 月 日		
	男	昭・平・令		
	女	年 月 日		
	男	昭・平・令		
	女	年 月 日		
	男	昭・平・令		
	女	年 月 日		
再 交 付 申 請 の 理 由 (詳 細 に 記 入)				

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

〒
1・3種組合員 住所

個人番号

氏名 (印)

TEL () FAX ()

〒
2・4種組合員 住所

個人番号

氏名 (印)

TEL () FAX ()

三重県医師国民健康保険組合理事長 様

紛失したときは、裏面もご記入下さい。
損傷したときは、資格確認書を添付して下さい。

【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。

国民健康保険資格確認書紛失届

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、紛失した資格確認書を発見したときは、速やかにお返しいたします。

令和 年 月 日

組合員 住 所

氏 名

㊞