

国民健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証記号番号		31-												
被 保 険 者	氏 名						性別	男 ・ 女	生 年 月 日	昭 ・ 平				
	マイナンバー													
	申請の理由													

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

第一種組合員

診療所住所 神奈川県

診療所名称

氏 名

㊞

マイナンバー

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

誓 約 書

再交付前の被保険者証の事故については、貴組合に負担をかけないことを誓約します。

平成 年 月 日

第一種組合員氏名

㊞

決 裁	常務理事	事務長	次 長	課 長	係長・主任	係
平成 年 月 日 決定						

受付日付印

※ 各申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。

【委任欄】私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。平成 年 月 日

受任者 住所 (代理人) 氏名	委任者 住所 (第一種組合員) 氏名
--------------------	-----------------------