

国民健康保険被保険者証再交付申請書記入例

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-	0 1 2 3 4 5 6 7									
被 保 険 者	氏 名	国 保 守	性別	男 ・ 女	生年 月日	昭 ・ 平	34・5・6				
	マイナンバー	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	申請の理由	紛失のため									

① 記載日をご記入下さい。

② 第一種組合員の記名捺印を必ずお願いします。

再発行される方および、第一種組合員のマイナンバーを必ずご記入下さい。

上記のとおり申請します。

①

平成28年 1月 1日

第一種組合員

診療所住所 神奈川県 横浜市中区富士見町3-1

診療所名称 神奈川県医師国保クリニック

氏 名 医師 太郎



マイナンバー 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

② 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ることを誓約します。

平成 年 月 日

第一種組合員氏名

印

決	常務理事	事務長	次 長	課 長	係長・主任	係
裁						
平成 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 横浜市中区富士見町300-100
(代理人) 氏名 神奈川 一郎

神奈川

委任者 住所 横浜市中区富士見町3-1
(第一種組合員) 氏名 医師 太郎

医師

代理申請の場合は、委任欄へ記入、捺印をお願いします。