様式第38-2号

**国民健康保険被保険者証等　再交付申請　届**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | 記号　　　　　　　番号 |
| **第１種組合員（医師）記入欄**　※医師とその家族が再交付を希望する場合にご記入ください。 |
|  | 氏　　名 | 第１種組合員との続柄 | 生年月日 | 再交付証区分 | 再交付申請の理由いつ・どこで紛失したか具体的にご記入ください。破損・汚損等も再交付理由になります。 |
| 個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ) |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 昭・平・令・　・ | 1　被保険者証2　高齢受給者証3　その他（　　　　　　） |  |
| １ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 昭・平・令・　・ | 1　被保険者証2　高齢受給者証3　その他（　　　　　　） |  |
| ２ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 昭・平・令・　・ | 1　被保険者証2　高齢受給者証3　その他（　　　　　　） |  |
| ３ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **第２種組合員（従業員）記入欄**　※従業員とその家族が再交付を希望する場合にご記入ください。 |
|  | 氏　　名 | 第2種組合員との続柄 | 生年月日 | 再交付証区分 | 再交付申請の理由いつ・どこで紛失したか具体的にご記入ください。破損・汚損等も再交付理由になります。 |
| 個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ) |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 昭・平・令・　・ | 1　被保険者証2　高齢受給者証3　その他（　　　　　　） |  |
| １ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 昭・平・令・　・ | 1　被保険者証2　高齢受給者証3　その他（　　　　　　） |  |
| ２ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 昭・平・令・　・ | 1　被保険者証2　高齢受給者証3　その他（　　　　　　） |  |
| ３ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり届けます。　　　　　　年　　月　　日　組合員　※再交付を希望する世帯の組合員（医師または従業員本人）　　住　　所　〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ（　　　　　　）（　　　　　　）（　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　）（　　　　　　）（　　　　　　）栃木県医師国民健康保険組合理事長　殿 | 社会保険労務士等の提出代理人記入欄 |
| 社会保険労務士・税理士・会計士・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 上記資格の登録番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 提出代理人住所　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　）（　　　　）（　　　　） |
| 委任状私は上記の者を代理人と定め、個人番号を提供することを委任します。組合員　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　 |

※必要添付書類とお願い

　◎**紛失の場合は下記「1」**、**破損や汚損の場合は「1」と「2」の両方をご提出ください。**

　**1.再交付を希望する世帯の組合員（医師または従業員本人）の顔写真が付いている個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）カード、運転免許証、パスポート等のいずれか1つの写し**

　**2.破損・汚損による再交付申請の場合は、その保険証**

　3.紛失の場合は、拾われた保険証が悪用されるおそれがあるため、警察に届け出てください。