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。