

# 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			
<b>第1種組合員（医師）記入欄</b> ※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。					
1	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(マイナンバー)				
2			昭・平・令 ・	1 被保険者証 2 高齢受給者証 3 その他 ( )	
3			昭・平・令 ・	1 被保険者証 2 高齢受給者証 3 その他 ( )	
<b>第2種組合員（従業員）記入欄</b> ※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。					
1	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(マイナンバー)				
2			昭・平・令 ・	1 被保険者証 2 高齢受給者証 3 その他 ( )	
3			昭・平・令 ・	1 被保険者証 2 高齢受給者証 3 その他 ( )	
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（マイナンバー）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。