

# 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。												
フリガナ	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)											
1	コケ 知由 <b>国保 太郎</b>		本人	昭・平・令 <b>43・6・10</b>	1 被保険者証 2 高齢受給者証 3 その他 ( )							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1
フリガナ				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												
フリガナ	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						
	個人番号(マイナンバー)											
3												
<p>再交付を希望する世帯の組合員が記入します。記入する組合員は、「第 1 種組合員の医師本人」または「第 2 種組合員の従業員本人」です。※従業員本人・家族の再交付の場合は、従業員の住所・氏名等をご記入ください。</p> <p>【添付書類の提出例】 ①医師本人またはその家族の再交付の場合 ⇒ <u>医師本人のマイナンバー個人カード</u>（顔写真付き） または <u>運転免許証</u> のいずれか 1 つの写し ②従業員本人またはその家族の再交付の場合 ⇒ <u>従業員本人のマイナンバー個人カード</u>（顔写真付き） または <u>運転免許証</u> のいずれか 1 つの写し</p>												
上記のとおり届けます。												
令和 4 年 4 月 1 日												
<p>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 〒320-0065 宇都宮市駒生町 3000-1</p> <p>氏 名 国 保 太 郎</p> <p>TEL ( 028 ) ( 622 ) ( 4378 ) FAX ( 028 ) ( 625 ) ( 9703 )</p> <p>栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>												
<p>社会保険労務士 社会保険労務士・秘書 ( )</p> <p>上記資格 1 2 3 4 7 8</p> <p>提出代理人 住所 宇都宮市駒生町 40 氏名 ○○社会保険労務士 連絡先 ( 028 ) ( 622 ) ( )</p> <p>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。</p> <p>組合員 氏 名 国 保 太 郎</p>												

※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。

- 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
- 破損・汚損による再交付申請の場合は、その保険証
- 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。