

常務理事	事務長	係

国民健康保険被保険者証再交付申請書

太枠内のみ記入してください

組合員の 記号・番号			組合員氏名			
被 保 険 者	氏 名		性別	続柄	生 年 月 日	
	マイナンバー(12桁)					
	1			男・女		昭・平・令 年 月 日
		マイナンバー(12桁)				
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
	2			男・女		昭・平・令 年 月 日
		マイナンバー(12桁)				
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
	3			男・女		昭・平・令 年 月 日
		マイナンバー(12桁)				
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						
現住所 (自宅)	〒 -					
再交付申請理由			汚損・破損・亡失			
上記のとおりお届けします。						
令和 年 月 日						
医師組合員氏名 (事業主名)					㊟	
従業員組合員氏名					㊟	
大分県医師国民健康保険組合理事長 殿						

- 汚損もしくは破損の場合の申請には、その被保険者証を添付してください。
- 亡失の場合の申請には、被保険者証紛失届を添付してください。
- 亡失した被保険者証を発見したときには、その被保険者証を組合まで返還してください。

組合使用欄	
被保険者証	異動整理簿