様式　第１号の６

専務理事	事務長		係

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

被保険者証記号		番　号	

再交付する者	性別	生年月日	個人番号（マイナンバー）	再交付区分（○印をつけてください）
フリガナ	男 女	・　・		1. 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 組合員証 4. その他（　　）
フリガナ	男 女	・　・		1. 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 組合員証 4. その他（　　）
フリガナ	男 女	・　・		1. 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 組合員証 4. その他（　　）
フリガナ	男 女	・　・		1. 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 組合員証 4. その他（　　）
再交付の理由	1. 紛失　2. き損　3. その他（　　）			

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長　様

上記のとおり必要書類を添えて申請します。

・被保険者証等を発見したときは、ただちに返納します。

・被保険者証紛失のために生じた事故については、解決の責を負います。

年　　月　　日

事務所所在地　〒　　電話番号　（　　）

事務所名

税理士(事業主)　　㊞

自宅住所　〒　　電話番号　（　　）

申請人(組合員)　　㊞　　個人番号（マイナンバー）

受付印

■注意事項

・**個人番号（マイナンバー）は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きにおいて必要となります。**

・被保険者証等の再交付には、なりすまし防止のため申請人である組合員本人の身元確認書類を添付してください。

・申請人は当該世帯の組合員となります。

■添付書類について

・申請人である組合員本人の身元確認書類（個人番号カードの表面、運転免許証、パスポート等の写し）

・理由がき損の場合、き損した被保険者証・高齢受給者証・組合員証等

処理欄	回収	交付簿	発行