

理事長	常務理事	事務長	担当者	発行	台帳

国民健康保険被保険者資格確認書等再交付申請書

被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号	記 号				番 号				
	千医国				—				
再交付を希望する被保険者氏名					種 別	生 年 月 日	再交付するもの		
ふりがな ----- 男・女					組合員 ・ 家 族	年 月 日	・資格確認書 ・資格情報のお知らせ ・高齢受給者証		
個人番号 (マイナンバー)									
ふりがな ----- 男・女					組合員 ・ 家 族	年 月 日	・資格確認書 ・資格情報のお知らせ ・高齢受給者証		
個人番号 (マイナンバー)									
ふりがな ----- 男・女					組合員 ・ 家 族	年 月 日	・資格確認書 ・資格情報のお知らせ ・高齢受給者証		
個人番号 (マイナンバー)									
ふりがな ----- 男・女					組合員 ・ 家 族	年 月 日	・資格確認書 ・資格情報のお知らせ ・高齢受給者証		
個人番号 (マイナンバー)									
再 交 付 の 理 由				紛失 ・ 汚損 ・ 破損 ・ その他 ()					
紛失 ・ 汚損 ・ 破損等年月日及び場所									

上記のとおり、申請いたします。

令和 年 月 日

第1種（特別）組合員 （事業主） ※必ずご記入ご捺印下さい。	医療機関所在地			
	医療機関名称			
	氏 名	(印)		
	個人番号			
第1種組合員（勤務医） 第2種組合員（従業員） ※勤務医および従業員（付随する家族も含む）の方はこちらをご記入ご捺印下さい。	住 所			
	氏 名			
	連絡先電話番号 () () ()			
		(印)		

千葉県医師国民健康保険組合 様

【個人番号の利用目的について】

- 当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。
- 各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。