

様式3

国民健康保険被保険者証
再交付申請書

事務局	担当者

受付	交付年月日

岐阜県医師国民健康保険組合理事長 様

被保険者証の記号番号			
被保険者氏名	性別	生年月日	
	個人番号		
	男・女	S・H・R	年 月 日
	男・女	S・H・R	年 月 日
	男・女	S・H・R	年 月 日
	男・女	S・H・R	年 月 日
再交付申請の理由(記入必須)			
当該理由発生年月日(記入必須)	年 月 日		
記号番号の変更(記入必須)	する ・ しない		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

医療機関所在地

医療機関名

第Ⅰ種・Ⅲ種組合員氏名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

T E L

()

〒

第Ⅱ種組合員の住所

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

T E L

()

誓 約 書

再交付前の被保険者証による各種当該理由については、貴組合に負担をかけないことを誓約します。

令和 年 月 日 組合員氏名

※第Ⅰ種＝事業主の先生 第Ⅱ種＝従業員 第Ⅲ種＝75歳以上の事業主

第Ⅰ種・第Ⅲ種組合員の先生方へ

1. 申請者が第Ⅱ種組合員の場合、個人番号が正しい番号であることの確認を行ってください。
2. 個人番号は厳重に管理し、目的外には使用しないでください。
3. 当用紙の提出は、直接当組合へご提出ください。

※【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、番号法第9条別表第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。