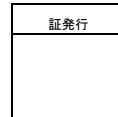


<記入・届出の際の注意事項>

- ① 被保険者証等の再交付には、なりすまし防止の対策として、申請者である(准)組合員の本人確認として、個人番号カード、運転免許証、パスポート等の顔写真が分かるもののコピーの添付が必要です。その場合、個人番号の記入を省略できます。
- ② ①の本人確認書類がない方は、個人番号を記入の上、官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類であって当組合が適当と認める書類2つ以上を添付してください。(氏名及び生年月日又は住所が記載されているもの)



受付印 (Receipt Stamp)

国民健康保険被保険者証等再交付申請書 (紛失届)

被保険者証記号番号		—	
氏 名		生 年 月 日	再交付証区分 (○印をつけてください)
個人 番号			
昭和 平成 令和	年	月	日
1. 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 限度額適用認定証 4. その他 ()			
個人 番号			
昭和 平成 令和	年	月	日
1. 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 限度額適用認定証 4. その他 ()			
個人 番号			
昭和 平成 令和	年	月	日
1. 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 限度額適用認定証 4. その他 ()			
個人 番号			
昭和 平成 令和	年	月	日
1. 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 限度額適用認定証 4. その他 ()			
紛失又は汚損の事由		(注)・紛失の事由は詳細に記入してください。 ・汚損は該当の証を添付して下さい。	
上記のとおり再交付を申請します。 また、紛失した被保険者証等を発見したときは、ただちに返納し、紛失のために生じた事故については、貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。		【個人番号の利用目的について】	
令和 年 月 日 住 所 (准) 組合員氏名 個人番号		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。	
TEL 埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様			
申請者が准組合員の場合	本申請について確認しました。 組合員 (医師) 氏名		
委 任 欄	本届を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 組合員 氏名 住所 代理人 氏名		
			TEL

※ 申請者以外からの郵送、持込の場合 (例えば社労士事務所からの郵送や持込) の場合は、委任欄に記入の上、代理人の身元確認及び申請者と代理人との関係が分かる書類等 (契約書等) の提出が必要 (代理人が同一世帯の場合は不要) です。 HP