

国民健康保険 再交付申請書

証記号		酒		証番号		0		-							
どなたの再交付が必要ですか。	氏 名								性 別		男・女				
	枝 番		0		生年月日		昭和 平成 令和		年		月		日		
	再交付希望の種類		<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証												
	氏 名								性 別		男・女				
	枝 番		0		生年月日		昭和 平成 令和		年		月		日		
	再交付希望の種類		<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証												
	氏 名								性 別		男・女				
	枝 番		0		生年月日		昭和 平成 令和		年		月		日		
再交付希望の種類		<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証													
再交付申請の理由 該当するものに☑		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他()													
再交付申請の理由が紛失の場合、紛失したものが不正に使用された時は、私(組合員)において、一切の責任を負担します。															
上記のとおり再交付を申請します。 令和 年 月 日 世帯主(組合員) 住所 _____ 氏名 _____ 印 個人番号 (マイナンバー) _____ 京都府酒販国民健康保険組合 様															

当組合では、組合員及び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、保険料の賦課及び給付事務で利用します。

●裏面にも必ず記入捺印願います。

本 部					地 区	
理事長	常務理事	事務局長	主任	担当	地区長	担当

地区経由年月日	地区長印
令和 年 月 日	印

資格確認書、高齢受給者証及び限度額認定証を紛失した場合は、下欄について詳しく記入してください。

1 紛失した日時・場所・状況(正確な記憶のないときは心あたりの日時・場所・状況)

日時 年 年 日 午前・午後 時ころ

場所

狀況

2 最後に紛失した資格確認書等を使用した者の氏名、日時及び受診した医療機関の名称、所在地

使用した方

受診した日時 年 月 日 午前・午後 時ころ

医療機関名

医療機関の所在地

*医療機関に、紛失したと思われる資格確認書等が保管されていないか尋ねましたか？
必ず確認の電話をしてください。

3 資格確認書等は、いつもどこで保管していましたか。

保管場所

4 以前にも紛失したことはありませんか。(再交付を受けた時はその年月日等)

年 月 日

今後このようなことがないように資格確認書等の保管、使用については十分注意するとともに、紛失した資格確認書等を発見したときは直ちに返納します。

紛失した被保険者の氏名 印