

理事長	常務理事	事務局長	担当者

国民健康保険再交付申請書

(1. 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 第二種組合員証)

※ 該当する番号に○印をしてください。

被保険者証・ 組合員証の番号		※確認できない場合は、 未記入でご提出ください。					
被 保 険 者	氏名				生年月日		
	個人番号 (マイナンバー)					続柄	
	氏名				生年月日		
	個人番号 (マイナンバー)					続柄	
	氏名				生年月日		
	個人番号 (マイナンバー)					続柄	
	氏名				生年月日		
	個人番号 (マイナンバー)					続柄	
	氏名				生年月日		
	個人番号 (マイナンバー)					続柄	
再交付申請の理由							

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 〒

(准) 組合員 個人番号 (マイナンバー)

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

氏 名

⑩

兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿

(准) 組合員本人以外の者(代理人)が直接組合に持参されるときは、下記の委任欄にご記入ください。
来られる方は身分証明書をご持参ください。

【委任欄】	私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。	日付	年 月 日
受任者 (代理人)	⑩	委任者 ((准) 組合員)	⑩