

常務理事	事務長	次長	係	証交付年月日

受 付

様式第8号

国民健康保険被保険者証再交付申請書										
被保険者証 記号番号		9								
1	再交付する 被保険者氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	年齢		
	マイナンバー (個人番号)				区分	該当する番号に○をつけてください。 1. 正組合員 2. 正組合員家族 3. 准組合員 4. 准組合員家族				
2	再交付する 被保険者氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	年齢		
	マイナンバー (個人番号)				区分	該当する番号に○をつけてください。 1. 正組合員 2. 正組合員家族 3. 准組合員 4. 准組合員家族				
3	再交付する 被保険者氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	年齢		
	マイナンバー (個人番号)				区分	該当する番号に○をつけてください。 1. 正組合員 2. 正組合員家族 3. 准組合員 4. 准組合員家族				
再交付の理由 (該当する番号に○をつけてください)		1. 紛失			2. き損			3. その他 (保険証添付)		
上記のとおり申請します。										
令和 年 月 日										
〒 -										
正組合員 住 所										
氏 名										
マイナンバー (個人番号) <input type="text"/>										
静岡県医師国民健康保険組合 様										

提出代行者記入欄 (社会保険労務士)	
--------------------	--

◎届出はすべて正組合員が行ってください。

・紛失した被保険者証を発見した場合は、当組合へご返納ください。

※ マイナンバーの利用目的について

当組合は、被保険者のマイナンバーを番号利用法第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。

※組合記入欄	証送付日		備考	
--------	------	--	----	--

令和6年12月2日以降、保険証の再交付はできません