

決 裁	理事長	事務長	課長(補)	係	受付日	
					☐ 一般	☐ 高齢受給者
					☐ 短期 (有効期限)	

国民健康保険 資格確認書等再交付申請書

第一種・特別組合員（医師）記入欄						※医師又はその世帯員が交付を希望する場合											
組合員氏名						被保険者記号		番号									
交 付 対 象 者	☐ 組合員 ☐ 世帯員	氏名				生年月日	昭和	年	月	日							
		個人番号					平成										
		再交付申請するもの	☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ					令和									
		申請理由	☐ 紛失 ☐ 汚損・破損 ☐ その他（ ）														
第二種組合員（従業員）記入欄												※従業員又はその世帯員が交付を希望する場合					
組合員氏名						被保険者記号		番号				—					
交 付 対 象 者	☐ 組合員 ☐ 世帯員	氏名				生年月日	昭和	年	月	日							
		個人番号					平成										
		再交付申請するもの	☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ					令和									
		申請理由	☐ 紛失 ☐ 汚損・破損 ☐ その他（ ）														
誓約書（資格確認書を紛失した場合）																	
資格確認書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。																	
長野県医師国民健康保険組合理事長 様																	
令和 年 月 日																	
紛失した世帯の組合員 署名																	

上記のとおり申請します。																	
長野県医師国民健康保険組合理事長 様																	
令和 年 月 日																	
第一種組合員または特別組合員（医師） 氏名																	
