決	理事長	事務長	課長(補)	係
裁				

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	重・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	<u>크</u>	番号		
111 A X 1						昭和			
交付対象者	□ 組合員	氏名			生年月日	平成	年	月	日
		個人番号				令和			
		再交付申請するもの	□ 資格確認書						
	□ 世帯員		□ 資格情報のお知らせ						
		申請理由	□ 紛失	□汚	損・破損				
			□その他()
第二種	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	号 番	号	_	
						H-1-4:			
	□ 組合員□ 世帯員	氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日
交		個人番号			<u> </u>	令和	'	/ ,	Н
付		再交付申請するもの	□ 資格確認書						
対 象			□ 資格情報のお知らせ						
者		申請理由	□ 紛失	□汚	汚損・破損				
			□その他()
			誓約書(資格確認書を総	分失した	場合)				
資	格確認書紛失の	ために生じた	上事故については、貴組合に負	負担をか	けないことを	:誓約い	たします。		
	長野県医師国民	民健康保険組織	合理事長 様					_	
			紛失した世帯の組合員	署名	令和		年	月	日
			MANUTE IN THE IN	нн					
上記の	D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	П	年	月	日		
7741 平 月						Ц			
 第一種組合員または特別組合員(医師) 氏名									