事務局使用欄

決裁	理事長	事務長	課長(補)	係

資格確認書発行日	受付日

国民健康保険資格確認書再交付申請書

▽　申請書の項目は必ず全てご記入ください

記　号　・　番　号		・		
再発行する被保険者氏名	枝番	性別	生年月日	個人番号（マイナンバー）
		男・女	昭和・平成・令和　年　月　日	記入不要
		男・女	昭和・平成・令和　年　月　日	記入不要
		男・女	昭和・平成・令和　年　月　日	記入不要
		男・女	昭和・平成・令和　年　月　日	記入不要
		男・女	昭和・平成・令和　年　月　日	記入不要

申　請　理　由

☐ 自 宅 で 紛 失　　☐ 汚 損 ・ 破 損

☐ 自宅外で紛失 （ 警察届出日　　年　月　日 ）

誓　約　書

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

氏　　名 ：　　㊞

上記のとおり、必要書類を添えて届出いたします。

長野県医師国民健康保険組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

第一種組合員または特別組合員（医師）

記 号 番 号 ：【　　－　　】

氏　　名 ：

当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。
また、取得した個人番号は医療保険に関する個人番号関係事務において利用いたします。　（R6.12）