

被保険者証・高齢受給者証 再交付の手続きについて

組合へご提出いただく書類

必要事項をご記入の上、下記書類を当組合までお送りください。

1 被保険者証・高齢受給者証再交付申請書

2 ご本人確認書類（以下のうち いずれか1つ）

- ◇運転免許証（両面）の写し
- ◇パスポート（外務大臣印のあるページ、顔写真入りのページ、所持人記入欄）の写し
- ◇住民票（個人番号の記載のある3ヶ月以内に交付されたもの）
- ◇個人番号カード（両面）の写し ※注：個人番号通知カードは不可

3 返信用簡易書留料金（切手414円分）

返信用宛名ラベル ↓点線を切り取ってお使いください

〒540-0019

大阪市中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

近畿薬剤師国民健康保険組合

〒540-0019大阪市中央区和泉町1丁目3番8号 大阪府薬剤師会 西館2階 ☎ (06) 6946 - 9151

被保険者証 再交付申請書
高齢受給者証

被保険者証 記号・番号	薬国																			
----------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏名	続柄	性別	生年月日	個人番号／マイナンバー(12桁)																
1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																		
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																		
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																		
4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																		
5		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																		

再交付申請 の理由	紛失・盗難・破損・その他 ()
--------------	------------------

上記の通り再交付していただきたく申請いたします。

誓約書

被保険者証(高齢受給者証)紛失のために当該紛失の証による診療その他
について貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所 _____

組 合 員 氏 名 (自署) _____

個人番号
マイナンバー

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

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

(事務処理欄)

受 付 印

決 裁	理 事	事務長	課 長	主担当	副担当
令和 年 月 日					

被保険者証交付	令和 年 月 日
---------	----------

マイナンバー保護封筒

個人番号に関する書類は、組合員本人
がこの封筒に封入し、その他書類と一
緒に組合へご提出ください

個人番号に関する書類は、組合員本人
がこの封筒に封入し、その他書類と一
緒に組合へご提出ください

マイナンバー保護封筒

【組合へ加入するとき】

- 資格取得届（別紙）
- 個人番号の記載のある世帯全員の住民票
- 組合員本人確認書類
（ご家族分は必要ありません）

【組合をやめるとき】

- 資格喪失届（別紙）

【住所や氏名の変更のとき】

- 被保険者住所/氏名変更届
- 個人番号の記載のある世帯全員の住民票

【その他の申請手続き】

- 被保険者証・高齢受給者証再交付申請書
- 療養費支給申請書
- 限度額適用認定申請書
- 出産育児一時金支給申請書
- 葬祭費支給申請書
- 個人番号の記載のある世帯全員の住民票
（提出が必要な場合）

近畿薬剤師国民健康保険組合

の
り
し
ろ

A4 四つ折りサイズが入ります。
切り取ってお使いください ✂

返信用宛名ラベル

点線を切り取ってお使いください
-----✂-----

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

※ 郵送の場合、個人情報の漏えいを防止する観点から簡易書留や特定記録など、郵便物の追跡が可能な方法で郵送していただけるようお願いいたします。

近畿薬剤師国民健康保険組合