

記入例

被保険者証

再交付を希望する証に○を

高齢受給者証

再交付申請書

被保険者証 記号・番号	薬国	9	9	9	9	-	9	9	9	-	9	9	9		
氏名	続柄	性別	生年月日	個人番号／マイナンバー（12桁）											
1 国保 美子	子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	H99.99.99	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	8	7
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。

記入された年月日

令和 99年 99月 99日

再交付を受ける被保険者が家族の場合でも
組合員本人の名前を記入し、
組合員本人の本人確認書類(写)を添えて
ご申請ください

住所 兵庫県 神戸市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号 住民票記載の住所

組合員 氏名(自署) 国保 容子 組合員本人

個人番号
マイナンバー

5 5 5 5 6 6 6 6 5 6 5 6

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	理事	事務長	課長	主担当	副担当
裁					
令和 年 月 日					

被保険者証交付 令和 年 月 日