

国民健康保険（資格確認書・高齢受給者証）再交付申請書

※必ず申請書の項目をご記入下さい

被保険者 番 号		沖医国										
再交付を必要とする 被保険者の氏名			性別	生年月日	組合員 との 続柄	個人番号（マイナンバー）						
1	(フリガナ)		男・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日								
2			男・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日								
3			男・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日								
4			男・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日								
5			男・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日								
再交付を申請 するもの		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証			再交付の理由		<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 亡失					
【必要書類】 ① 医師組合員の本人の確認ができるもの（例：運転免許証の写し、パスポートの写し等）												
上記のとおり申請します。 沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿 令和 年 月 日 【医師組合員】 被保険者番号：沖医国 <input type="text"/>					届 出 代行者 (担当者)		事業所名称：					
個人番号： <input type="text"/>							担当者氏名：					
自宅住所： 医師組合員氏名（自署） _____							TEL：					

【個人番号の利用目的について】
 当組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収事務で利用する。
 ※各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き組合業務の目的以外で利用することはありません。

- 【注意事項】**
- 破損による申請の場合にはその資格確認書(保険証)・高齢受給者証を添えてください。
 - 亡失した資格確認書(保険証)・高齢受給者証を発見した場合は、組合へ返還してください。

組合 記入 欄	受付印	備 考
		再発行： 発送日：