

国民健康保険 資格確認書等 交付（再交付）申請書

2024.12.1

交付を受ける証に○印をつけて下さい。	資格確認書	資格情報のお知らせ
交付を受ける被保険者氏名	生年月日	交付申請の理由に☑をいれてください。
1 国保 花子	昭・平・令 61年 1月 4日	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他（ ）
個人番号（マイナンバー）	1234 5678 9012	組合員との続柄 本人・家族
2 国保 二郎	昭・平・令 20年 5月 5日	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input checked="" type="checkbox"/> その他（マイナンバーカードを紛失）
個人番号（マイナンバー）	3456 7890 1234	組合員との続柄 本人・家族
3 国保 太郎	昭・平・令 29年 2月 3日	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input checked="" type="checkbox"/> その他（介護施設入所の為）
個人番号（マイナンバー）	5678 9012 3456	組合員との続柄 本人・家族
4	昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他（ ）
個人番号（マイナンバー）		組合員との続柄 本人・家族
送付希望先	送付先を希望する場合にご記入ください。通常は代表薬局へ送付します。 〒〇〇〇-〇〇〇〇 住 所 福岡市〇〇区〇〇〇〇 宛 名 国 保 花 子	
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 組合員住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 福岡市〇〇区〇〇〇〇 組合員氏名 国 保 花 子 TEL () - 福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿		

決	理事長	副理事長	常務理事	事務長	係	係
裁						

処	交付年月日
理	
欄	