|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 理事長 | 常務理事 | 事務局長 | 課長 | 係 |
|  |  |  |  |  |

**国民健康保険被保険者再交付申請書（第２種組合員）**

**裏面のマイナンバーも必ず記入してください。**

事務局使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付年月日 | 保険証発行 |
| 令和　　年　　月　　日 |  |

様式　第4号の1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 |  | 交付区分 | 1 被保険者証　　2 高齢受給者証 |
| 再交付申請理由 | 1 紛失　　 2 盗難　　 3 破損　　 4 その他（　　　　　　　　　　　　　）(注)　盗難にあった場合は、必ず警察に届け出てください。　　　破損した場合は、その被保険者証を添付してください。 |
| 再交付する者の氏名 | 組 合 員との続柄 | 性別 | 生年月日 |
| 1 | フリガナ |  | 男･女 | 昭和・平成・令和年　　月　　日 |
|  |
| 2 | フリガナ |  | 男･女 | 昭和・平成・令和年　　月　　日 |
|  |
| 3 | フリガナ |  | 男･女 | 昭和・平成・令和年　　月　　日 |
|  |
| 4 | フリガナ |  | 男･女 | 昭和・平成・令和年　　月　　日 |
|  |
| 5 | フリガナ |  | 男･女 | 昭和・平成・令和年　　月　　日 |
|  |
| 上記のとおり申請します。　　令和　　年　　月　　日　　組合員自宅住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　）組合員氏名　 　　　　　　　　　　　　　　印診療所名称診療所住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（第1種組合員）　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　）事業主氏名　　　　　　　　　　　　　　　印**埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長　様** |

**（添付書類）**

**１　世帯全員の住民票（発行日から3か月以内で続柄が記載されているもので、マイナンバーの記載がないもの）**

|  |  |
| --- | --- |
| 委任欄 | この届出を下記の代理人に委任します。　令和　　年　　月　　日（代理人）　 住　　所氏　　名組合員氏名　 　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

* **社会保険労務士事務所からの持ち込みや郵送の場合は、委任欄にご記入のうえ代理人の身元確認（個人**

**番号カード、運転免許証、パスポート等）の提示または、郵送の場合は、コピーの添付が必要です。**

**マイナンバー（個人番号）の記入**

マイナンバー（個人番号）について、国民健康保険法施行規則第7条及び第7条の4により申請します。

【個人番号の利用目的】

本組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第１の第30の項「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、給付及び徴収業務で利用します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 被 保 険 者 氏 名 | 個 人 番 号（12桁） |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* **事業所経由、社会保険労務士事務所等に委任して提出される場合は、マイナンバー**

**（個人番号）を記入して隠れるように保護シールを貼ってください。**

**再交付後、前の被保険者証が見つかった場合は、速やかにご返却いただきますよう**

**お願いいたします。**

**◎ 加入時やその他の届出書等で、個人番号の確認に必要な書類（マイナンバーカードまたは、**

**通知カードのコピー等）を本組合に提出済みの場合は、その後の添付は不要となります。**

（様式第4号の1の裏面）