

理事長	常務理事	事務局長	課長	係

事務局使用欄

再交付年月日	保険証発行
令和 年 月 日	

## 国民健康保険被保険者再交付申請書（第2種組合員）

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	生年月日
1	フリガナ		昭和・平成・令和 年 月 日
2	フリガナ		昭和・平成・令和 年 月 日
3	フリガナ		昭和・平成・令和 年 月 日
4	フリガナ		昭和・平成・令和 年 月 日
5	フリガナ		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			

裏面のマイナンバーも必ず記入してください。

(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。

No.	被保険者氏名	個人番号(12桁)
1		
2		
3		
4		
5		

**【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。

※ 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。