

令和 年 月 日承認

決 裁	理事長	事務局長	事務局次長	担当者

支 部	支部長	支部係

国民健康保険（被保険者証・兼高齢受給者証・認定証）再発行申請書

被保険者証番号	
---------	--

(1) 再発行を受ける被保険者

	フリガナ 氏名	続柄	性別	生年月日	再発行を受ける証
1			男・女	昭和 平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 被保険者証兼高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
2			男・女	昭和 平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 被保険者証兼高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
3			男・女	昭和 平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 被保険者証兼高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
4			男・女	昭和 平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 被保険者証兼高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証

再発行申請の理由	
----------	--

- [注] 1. 破れたり、汚れたりした被保険者証・兼高齢受給者証・認定証は必ず添えて出してください。
 2. 紛失したときは、誓約書を同時に提出してください。
 また、警察にも紛失した旨を届出してください。
 紛失した被保険者証が発見されたときは、すぐに返納してください。

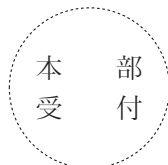
上記のとおり申請します。

静岡県建設産業国民健康保険組合理事長殿

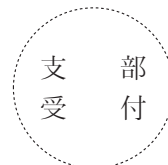
令和 年 月 日

組合員	住所	
	氏名	(※)
個人番号		

(※) 本人(組合員)が手書きしない場合は、記名押印してください。



添付書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 在留カード
	<input type="checkbox"/> 旅券(パスポート)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
	<input type="checkbox"/> その他 ()	



【記入上の注意】

1. 記入するときは、黒のボールペンではっきりと正確に記入してください。フリガナは、カタカナで正確に記入してください。
2. 組合員及び手続きを行う方のマイナンバーを記入してください。家族のマイナンバーは組合員が正しく記入していることを確認してください。

《添付書類について》

1. 申請される場合は、組合員のマイナンバーが記載された公的書類及び本人確認書類を添付してください。

誓約書

1. 紛失した被保険者証・兼高齢受給者証・認定証を発見した場合は、速やかにこれを返納いたします。
2. 被保険者証・兼高齢受給者証・認定証を紛失した事により使用されたため、その医療取扱機関より貴組合に医療費等の請求があった場合、請求額一切について、責任をもって弁済いたします。

上記のとおり誓約いたします

令和 年 月 日

住所

組合員署名

氏名

印

静岡県建設産業国民健康保険組合理事長 殿