

国民健康保険高齢受給者証再交付申請書

被保険者の記号番号		記号	鳥医国保	番号	
被 保 険 者	氏名		性別	個人番号 生年月日	
	1		男・女	年 月 日	
	2		男・女	年 月 日	
	3		男・女	年 月 日	
	4		男・女	年 月 日	
	5		男・女	年 月 日	
	再交付申請の理由		紛失・破損・盗難・その他（ ）		
	上記のとおり再交付を申請します。				
	令和 年 月 日				
	〒 住 所 組合員 氏 名 印				
個人番号					
鳥取県医師国民健康保険組合 様					

委任欄	私は、この届出の提出を、下記の者に委任します。				住所
	令和 年 月 日	組合員 氏名			氏名
1	窓口に来られた方	住所			氏名
2	郵送により代行する方				

注意事項

1. 組合員本人以外が手続きをする場合は、上段の「委任欄」に組合員の委任が必要です。
2. 窓口で手続きをされる場合は、窓口に来られた方の本人確認をさせていただきますので、確認できるもの（運転免許証等）をご持参ください。