



国民健康保険高齡受給者証再交付申請書

准 組 合 員 記 入 欄	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（ ）														
上記のとおり相違ありません。																
〒 住 所																
准組合員 氏 名 印																
個人番号																
鳥取県医師国民健康保険組合 様																
記 組 入 欄	上記のとおり申請します。															
	令和 年 月 日	事業主 組合員		〒 住 所		氏 名 印										

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

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。