

国民健康保険 資格確認書 資格情報のお知らせ 再交付申請書

受付印

申請日 令和 年 月 日

再交付を希望する被保険者	被保険者番号	鳥医国保 — (枝番)	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	(ふりがな) 氏 名				電話番号
	個人番号 マイナンバー		組合員(医師)又は 准組合員(従業員)との 続柄		
	住 所	〒			
	再交付申請の理由 ※☑を入れてください。	☐ 紛失 ☐ 汚損・破損 ☐ 盗難 ☐ その他(詳細を記入)			
【必要書類】 確認後、ご提出前に☑を入れてください。 ☐ 再交付申請者の①個人番号(マイナンバー)確認書類のコピー、②顔写真入りの本人確認書類のコピーの両方を添付します。 ☐ 組合員(医師)又は准組合員(従業員)の①個人番号(マイナンバー)確認書類のコピー、②顔写真入りの本人確認書類のコピーの両方を添付します。 (いずれも運転免許証、マイナンバーカード、パスポートなど顔写真付きのものをご用意ください。) ※本人になりすました第三者からの虚偽の申請を防止するため、必ず添付してください。					
再交付を希望する被保険者の世帯主	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(医師)又は准組合員(従業員) (ふりがな) 氏名 印 (電話番号 — —) 個人番号 鳥取県医師国民健康保険組合理事長 様				

※組合員(医師)又は准組合員(従業員)本人以外が手続きをする場合は、委任欄にご記載ください。
※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、本人確認書類(運転免許証等)をご持参ください。

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 組合員(医師)又は准組合員(従業員) 令和 年 月 日 氏名 印			
	1. 窓口に来られた方	住所	代理人	
	2. 郵送により代行する方			

- ・組合員(医師)又は准組合員(従業員)が申請者となり、本人およびその家族である被保険者について申請を行ってください。
- ・マイナ保険証(保険証利用登録がされたマイナンバーカード)を保有している方の資格確認書を再交付する事はできません。
- ・マイナ保険証(保険証利用登録がされたマイナンバーカード)を保有していない方の資格情報のお知らせを再交付する事はできません。