国民健康保険　資格確認書等再交付申請書

再交付が 必要な被保険者	氏名　フリガナ 個人番号（マイナンバー）	記号番号
		新医

紛失した証の区分 ※該当に〇	1.被保険者証　　2.資格確認書　　3.資格情報のお知らせ
再交付の 申請理由 ※該当に〇	1．紛　　失 2．汚損・破損 3．その他　　（　　）

新潟県医師国民健康保険組合理事長　様

上記のとおり必要書類を添えて届けます。　　令和　　年　　月　　日

届出者氏名 （第１種組合員）	
住　　所	医院・自宅　※いずれかに〇 〒 TEL

本届出を下記代理人に委任します。　　令和　　年　　月　　日

委任者氏名 （第１種組合員）	
代理人	事業所名・住所、担当者、TEL 〒 TEL

常務理事	事務長	課長	受付	登録	交付		備考
						確認書 お知らせ	

（R７．４）