

## 記入例

|    |      |
|----|------|
| 理事 | 担当理事 |
|    |      |

|    |     |    |
|----|-----|----|
| 発行 | 受付日 | 窓口 |
|    |     |    |

必要な証の欄に□を入れる

## 再交付申請書

- 「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」
  - 高齢受給者証（資格情報のお知らせ）  特定疾病療養受療証
  - 限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証
- ※再交付を申請する証に□を記入してください。

|          |                |                       |                  |    |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|----------|----------------|-----------------------|------------------|----|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 1        | 被保険者の<br>記号・番号 | 群歯 01 — 50010 (枝番) 01 | 個人番号<br>(マイナンバー) | 1  | 2              | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |  |
|          | 氏名             | 国保花子                  | 性別               | 続柄 | (生年月日)昭和・平成・令和 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 2        | 被保険者の<br>記号・番号 | 群歯 — (枝番)             | 個人番号<br>(マイナンバー) |    |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|          | 氏名             |                       | 性別               | 続柄 | (生年月日)昭和・平成・令和 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 3        | 被保険者の<br>記号・番号 | 群歯 — (枝番)             | 個人番号<br>(マイナンバー) |    |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|          | 氏名             |                       | 性別               | 続柄 | (生年月日)昭和・平成・令和 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 4        | 被保険者の<br>記号・番号 | 群歯 — (枝番)             | 個人番号<br>(マイナンバー) |    |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|          | 氏名             |                       | 性別               | 続柄 | (生年月日)昭和・平成・令和 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 再交付申請の理由 |                | 紛失                    |                  |    |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |

上記のとおり申請いたします。

令和〇年〇月〇日

〒 371 — 555〇

住所 前橋市△△町2—100

組合員

氏名 国保花子

事業所(診療所)  
名称

群馬〇〇歯科医院

群馬県歯科医師国民健康保険組合理事長様

※再交付後の各種証等の郵送先を選択してください。

- 自宅  診療所

社会保険労務士等の提出代行者氏名記入欄