

記入例

理事長	担当理事

必要な証の欄に☑を入れる

発行	受付日	窓口

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 記号・番号	群歯 01 — 50010 (枝番) 01	個人番号 (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 男 女 本人 51年 11月 12日生										
2	被保険者の 記号・番号	群歯 — (枝番)	個人番号 (マイナンバー)												
	氏 名		性 別	続 柄	(生年月日)昭和・平成・令和 男 女 年 月 日生										
3	被保険者の 記号・番号	群歯 — (枝番)	個人番号 (マイナンバー)												
	氏 名		性 別	続 柄	(生年月日)昭和・平成・令和 男 女 年 月 日生										
4	被保険者の 記号・番号	群歯 — (枝番)	個人番号 (マイナンバー)												
	氏 名		性 別	続 柄	(生年月日)昭和・平成・令和 男 女 年 月 日生										
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 7 月 7 日 〒 371 — 555〇															
組 合 員 住 所 前橋市△△町2—100															
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