汚損による再発行の場合は保険証を添付していただき、紛失の場合は【被保険者証盗難紛失届】の添付をお願いします。

決定伺	理事長	常務理事	事務局長	係	支部長

国民健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証記号・番号		岡 304	ア1234													
対象被保険者	氏名	建設　花子							生年月日	☑昭和 □平成 60 年 6 月 1 日 □令和						
	個人番号（マイナンバー）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	続柄	妻	
	氏名								生年月日	□昭和 □平成 年 月 日 □令和						
	個人番号（マイナンバー）													続柄		
	氏名								生年月日	□昭和 □平成 年 月 日 □令和						
	個人番号（マイナンバー）													続柄		
	氏名								生年月日	□昭和 □平成 年 月 日 □令和						
	個人番号（マイナンバー）													続柄		
	氏名								生年月日	□昭和 □平成 年 月 日 □令和						
	個人番号（マイナンバー）													続柄		
再交付申請の理由																

上記のとおり申請します。

必ず印鑑を押してください。

令和　4 年　12 月　1 日

組合員 住所　岡山県北区駅元町23-12

氏名　建設　太郎　建設 ㊞

岡山県建設国民健康保険組合　殿

※個人番号（マイナンバー）

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2

※上記の被保険者と同じ場合は、省略可

身元確認欄				
① 確認者	□支部	（　　）		
② 届出人	□組合員	□代理人	（　　）	※代理人の場合は、委任状が必要
③ 身元確認	□個人番号カード	□運転免許証	□その他	（　　）