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												
対象被保険者	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	
	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。

令和　　年　　月　　日　　組合員　住所

氏名　　㊞

岡山県建設国民健康保険組合　殿

※個人番号（マイナンバー）

※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　（　　）