

様式第3

理事長	副理事長	常務理事	常務理事	事務長	係

国民健康保険 資格確認書・資格情報のお知らせ 再交付申請書

		被保険者番号									
被 保 険 者	氏 名		性 別		生 年 月 日						
	1			男 女		昭 平 令		年 月 日			
		個人番号 (マイナンバー)									
		再交付するもの		<input type="checkbox"/> 資格確認書		<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ					
	2			男 女		昭 平 令		年 月 日			
		個人番号 (マイナンバー)									
		再交付するもの		<input type="checkbox"/> 資格確認書		<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ					
	3			男 女		昭 平 令		年 月 日			
		個人番号 (マイナンバー)									
		再交付するもの		<input type="checkbox"/> 資格確認書		<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ					
	再交付申請の理由										

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

第一種 住所
第三種 組合員
氏名

印

第一種・第三種組合員 個人番号 (マイナンバー)									
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

秋田県医師国民健康保険組合理事長 様