

常務理事	事務局長	次 長	課 長	担当者	受付年月日	入力処理

## 国民健康保険被保険者証再交付申請書

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	税 国	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
再交付を希望する被保険者氏名	性 別	続 柄	生 年 月 日		
	男 女	本 人	昭和・平成 年 月 日		
個人番号 (マイナンバー)					
	男 女		昭和・平成 年 月 日		
個人番号 (マイナンバー)					
	男 女		昭和・平成 年 月 日		
個人番号 (マイナンバー)					
	男 女		昭和・平成 年 月 日		
個人番号 (マイナンバー)					
<b>再交付申請の詳細な理由 (紛失等の詳しい状況を記入)</b>					

上記のとおり被保険者証の再交付を申請します。なお今後旧被保険者証による保険給付事故発生  
 の場合には、事業主及び組合員において解決の責任を負います。

平成 年 月 日

事務所 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

組合員住所 \_\_\_\_\_  
 (自 宅)

組合員氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

組合員 個人番号

近畿税理士国民健康保険組合理事長 殿

※再交付申請の理由は、必ず記入して下さい。  
 ※郵送で手続きする場合は、被保険者証が1枚～7枚の場合は402円分、8枚～20枚の場合は450円分  
 の切手を同封して下さい。  
 ※事業所が税理士法人であっても、代表者氏名及び印鑑は個人印でお願い致します。