

常務理事	事務局長	次長	課長	担当者	受付年月日	入力処理

## 国民健康保険高齡受給者証再交付申請書

被保険者証の記号番号	税 国	
被 保 険 者 氏 名	性 別	続 柄
	男 女	
		生 年 月 日
		昭 和 年 月 日
個人番号 (マイナンバー)		
	男 女	
		昭 和 年 月 日
個人番号 (マイナンバー)		
	男 女	
		昭 和 年 月 日
個人番号 (マイナンバー)		
再交付申請の詳細な理由 (紛失等の詳しい状況を記入)		

上記のとおり高齡受給者証の再交付を申請します。

平成 年 月 日

事務所 氏名  
代表者

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、392円分の切手を同封して下さい。

※事業所が税理士法人の場合、代表者氏名及び印鑑は個人名でお願い致します。