

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 記 号 ・ 番 号	税 国																			
再交付を希望する被保険者氏名	性 別	続 柄	生 年 月 日																	
	男 女		昭和・平成・令和 年 月 日																	
個人番号 (マイナンバー)																				
	男 女		昭和・平成・令和 年 月 日																	
個人番号 (マイナンバー)																				
	男 女		昭和・平成・令和 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、事務所代表者及び組合員において解決の責任を負います。

令和 年 月 日

事務所  
代表者 氏 名

組合員住所  
(自宅)

組合員氏名

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。**

※高齢受給者証も紛失している場合は、「国民健康保険高齢受給者証再交付申請書」も一緒にご提出ください。

※事業所が税理士法人の場合であっても、代表者氏名は個人名でお願いいたします。

※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444円分、8枚～20枚の場合は490円分**の切手を同封して下さい。

※再交付後の被保険者証は、事務所へ簡易書留で送付いたします。