

| | | | | | | | |
|---|------|------|------|----|--------|----|---|
| ※ | 副理事長 | 担当理事 | 事務局長 | 次長 | 課長(補佐) | 係長 | 係 |
| | | | | | | | |

| | | | | |
|---|-------------------|-----|-----|--|
| ※ | 資格確認書等 | 入 力 | 発 送 | |
| 有 | 確認書 枚 | | 不要 | |
| | お知らせ 枚 | | | |
| | 高年齢 組・准証 なし | | | |

◎ 記入の方法は別紙「記入例」をよくお読みください。
 ◎ ※印のところは記入しないでください。

**資格確認書 または 資格情報のお知らせ
 組合員証 または 准組合員証
 高年齢受給者証**

再 交 付 申 請 書

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|---------|-------|-----------|--|--|--|---|--|--|--|
| 被 保 険 者 記 号 番 号 または 組 合 員 ・ 准 組 合 員 証 番 号 | 医 国 | | | | | | | — | | | |
| | 075 | | | | | | | — | | | |
| 組 合 員 本 人 氏 名 該 当 の または 准 組 合 員 本 人 氏 名 | | | | | | | | | | | |
| 該 当 す る 番 号 に ○ 印 を 、 ま た 、 () 内 に 再 交 付 を 希 望 す る 方 の 氏 名 を 記 入 し て く だ さ い 。 | 1. 資格確認書 | (氏 名) | 資格確認書 | 資格情報のお知らせ | | | | | | | |
| | ・ 資格情報 | (氏 名) | 資格確認書 | 資格情報のお知らせ | | | | | | | |
| | のお知らせ | (氏 名) | 資格確認書 | 資格情報のお知らせ | | | | | | | |
| | | (氏 名) | 資格確認書 | 資格情報のお知らせ | | | | | | | |
| | 2. 組合員証・准組合員証 (氏 名) | | | | | | | | | | |
| | 3. 高年齢受給者証 (氏 名) | | | | | | | | | | |
| 再 交 付 申 請 理 由 | | | | | | | | | | | |

上記のとおり申請いたします。

当該資格確認書、資格情報のお知らせ、有効期限が残る被保険者証、高年齢受給者証、組合員証または准組合員証が万一不正に使用された場合は、私(組合員)がその全責任を負い、貴組合には何らご迷惑をおかけしません。また、今後は保管に充分注意し、紛失することのないようにいたします。

なお、紛失いたしました書・証・資格情報のお知らせを見つけました場合は、すぐに貴組合に返却いたします。

令和 年 月 日

〒

医療機関 所在地
(事業所) 名称

組合員 氏 名

TEL ()
FAX ()

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

注 被保険者証の再交付はできません。

マイナンバーカードの保険証利用登録状況により、資格確認書か資格情報のお知らせでの発行となります。

マイナ保険証をお持ちの方には資格確認書の発行はできません。資格情報のお知らせとなります。

◎破損により再交付申請する場合はその証を添付してください。

| | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|----|--------|---|-------|----|--|
| ※ | 副理事長 | 担当理事 | 事務局長 | 次長 | 課長(補佐) | 係 | (記入例) | 発送 | |
| | | | | | | | | 不要 | |

◎ 記入の方法は別紙「記入例」をよくお読みください。
 ◎ ※印のところは記入しないでください。

被保険者記号番号 組合員証・准組合員証記号番号
 (75歳以上の方はこちらへ記入)

| | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------|----------------------|
| 資格確認書 または 資格情報のお知らせ 組合員証 または 准組合員証 高齢受給者証 | | 再交付申請書 | |
| 被保険者記号番号 または 組合員・准組合員証番号 | 医 国 | 9 9 9 9 9 9 9 9 - 9 9 9 | |
| | 075 | | |
| 組合員本人氏名 該当の または 准組合員本人氏名 | 国保太郎 | | |
| | 資格確認書か資格情報のお知らせか どちらかに○を記入 | | |
| 該当する番号に○印を、また、()内に再交付を希望する方の氏名を記入してください。 | 1.資格確認書 | (氏名 国保太郎) | 資格確認書 ・ 資格情報のお知らせ |
| | ・資格情報 | (氏名 国保花子) | 資格確認書 ・ 資格情報のお知らせ |
| | のお知らせ | (氏名) | 資格確認書 ・ 資格情報のお知らせ |
| | | (氏名) | 資格確認書 ・ 資格情報のお知らせ |
| | 2.組合員証・准組合員証 (氏名) | | |
| | 3.高齢受給者証 (氏名) | | |
| 再交付申請理由 | | | |

上記のとおり申請いたします。

必ずご記入ください。

当該資格確認書、資格情報のお知らせ、有効期限が残る初
 証または准組合員証が万一不正に使用された場合は、私(系
 合)には何らご迷惑をおかけしません。また、今後は保管に充
 にいたします。

なお、紛失いたしました書・証・資格情報のお知らせを見つきました場合は、早くに具組百に返却いたします。

*組合員家族・准組合員
 ・准組合員家族の再交付
 の場合は組合員の記入
 となります。

令和 年 月 日

〒

医療機関 所在地
 (事業所) 名称

組合員 氏名

TEL ()
 FAX ()

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

注 被保険者証の再交付はできません。

マイナンバーカードの保険証利用登録状況により、資格確認書か資格情報のお知らせでの発行となります。

マイナ保険証をお持ちの方には資格確認書の発行はできません。資格情報のお知らせとなります。

◎破損により再交付申請する場合はその証を添付してください。