

国民健康保険 資格情報のお知らせ 資格確認書 再交付申請書 (未回収届)

被保険者証を紛失等した場合も本申請書をご利用ください。

記号番号		—			—		
被 保 険 者 氏 名	男・女	昭和・平成・令和	年	月	日生		
	個人番号 (マイナンバー)						
	男・女	昭和・平成・令和	年	月	日生		
	個人番号 (マイナンバー)						
	男・女	昭和・平成・令和	年	月	日生		
	個人番号 (マイナンバー)						
申請理由 ・該当するものに○を記入 ・「その他」の場合は詳細を記入		紛失・汚損・破損 その他 ()					
上記のとおり届けます。 資格確認書を発見したときは、ただちに返納します。 なお、今回の紛失により生じた事故については、貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。 愛知県医師国民健康保険組合理事長 様 令和 年 月 日 正組合員 個人番号 (医師) (マイナンバー) <input type="text"/> 自宅住所 氏 名							

- ◎ 個人番号(マイナンバー)…「通知カード」又は「個人番号カード」に記載の個人番号(12桁)を記入
- ◎ 再交付の場合は、免許証等の本人確認書類を添付してください
- ◎ 汚損もしくは破損の場合は、その資格確認書を添付してください
- ◎ 資格情報のお知らせと資格確認書については、本組合の登録内容に基づき発行いたします。
- ◎ 被保険者証の再交付を申し出ていただいた場合でも、マイナ保険証を所持している方は「資格情報のお知らせ」を交付、所持していない方は「資格確認書」が交付されます。
- ◎ 旧被保険者証を所持している方は回収させていただきますので、必要書類と併せて提出してください。

【個人番号の利用目的について】

本組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表の第44項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保健事業の実施に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用する。

※各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。

※DVや虐待等被害者保護の観点より、加害者に住所等を知られたくない場合にはご連絡ください。