

# 国民健康保険被保険者証再交付申請書（未回収届）

被保険者証の記号番号		— —			
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（ ）			
<p>上記のとおり届けます。</p> <p>被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。</p> <p>なお、被保険者証紛失のために生じた事故については、貴組合に負担をかけることを誓約いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>正組合員 個人番号 <input type="text"/></p> <p>(医師) (マイナンバー)</p> <p>自宅住所</p> <p>氏 名 <span style="float: right;">印</span></p> <p>愛知県医師国民健康保険組合理事長 様</p>					

◎ 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

◎ 汚損もしくは破損の場合は、その被保険者証を添付してください

## 【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」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。