

# 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)				
	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ない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;">㊟</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
- ◎ 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】**  
 本組合は、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、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。