## <記入・届出の際の注意事項>

- ① 被保険者証または資格確認書を紛失した場合は、再交付のなりすまし防止の対策として、申請者である(准)組合員の本人確認として、個人番号カード、運転免許証、パスポート等の顔写真が分かるもののコピーの添付が必要です。その場合、個人番号の記入を省略できます。
- ② ①の本人確認書類がない方は、個人番号を記入の上、官公署から発行・発給された書類 その他これに類する書類であって当組合が適当と認める書類2つ以上を添付してください。 (氏名及び生年月日又は住所が記載されているもの)



③ 被保険者証を紛失した場合は、組合でマイナ保険証の保有状況を確認したうえで、資格確認書 または資格情報通知書のいずれかを発行します。

## 国民健康保険 資格確認書等再交付 申請書(紛失・汚損届)

被保険者記号番号 123 — 12345678																		
					氏		名							生年	月日		紛失した証の区分 (O印をつけてください)	
個人番号	<b>E</b>	保	7	<b>ಓ</b> 自	3	·						·	平成 令和	<b>00</b> 年	<b>〇〇</b> 月	<b>00</b> F	1. 被保険者証       2. 資格確認書         3. 資格情報通知書         4. 高齢受給者証         5. その他()	
	申請者(組合員)の顔与其付さ身分証明書のコピーを によって、資格確認書 添付することで、個人番号の記入を省略できます。															る、マイナ保険証の保有状況 経情報通知書のいずれかを 4. 高齢受給者証		
番号													令和				5. その他 ( )	
 個人 番号									<del></del> -				昭和 平成 令和	年	月	E	1. 被保険者証 2. 資格確認書 3. 資格情報通知書 4. 高齢受給者証 5. その他 ( )	
紛失又は汚損の事由 O月O日に△△に出かけた際に財布ごと落として紛失。警察には届け出済み。 (注)・紛失の事由は詳細に記入してください。 ・汚損は該当の証を添付して下さい。																		
また	上記のとおり再交付を申請します。         また、紛失した証等を発見したときは、ただちに返納し、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。         令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日         住 所 〇〇市〇〇1 丁目〇〇一〇         (准)組合員氏名 国保 太郎         個人番号         TEL 000-000-0000														【们 当を民 支 事	【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 徴収業務で利用します。		
	埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様																	
申請者が准組合員の場合 本申請について確認しました。 組合員(医師)氏名																		
委	本届を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 組合員																	
任欄										· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	氏名 住所	斤					TEL	
<u> </u>	建安い	11414	ヾ゙゠゙゙゙゙゙゙	無法	共	አ <sub>መ</sub> ተ	르스 (	個ラい	ギオ+ご	5十車			(郵送わせ	ひ の 担合け		記るのと	代理人の身元確認及び申請者と	