

決裁	事務長	係

再交付年月日		
年	月	日

## 国民健康保険再交付申請書

【資格情報のお知らせ ・ 資格確認書 ・ 有効な被保険者証】

※上記項目を○で囲んで下さい)

被保険者記号・番号		記号	番号						
個人番号 ※通知カード参照		井 薬	-	-					
被保険者氏名		性別	組合員との続柄	生年月日					
※ 家族は、2以降の欄に記入して下さい。									
個人番号		男・女	本人	昭・平・令	. .				
1	(フリガナ)								
個人番号						男・女		昭・平・令	. .
2	(フリガナ)								
個人番号						男・女		昭・平・令	. .
3	(フリガナ)								
個人番号		男・女		昭・平・令	. .				
4	(フリガナ)								
個人番号		男・女		昭・平・令	. .				
5	(フリガナ)								
令和 年 月 日									
〒 -									
住所									
氏名									
組合員		個人番号							
		[個人番号入力欄]							
電話番号									
- -									
福井県薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿									

### 《関係書類》

- マイナンバー制度に伴い、申請者である組合員の顔写真付きの身元確認書類(写) (運転免許証等)
- 誓約書

※以上2点をご確認いただきご送付願います。

# 誓約書

私は、再交付を受けるについては、今後は取扱いに十分注意するとともに  
発見したときは、直ちに返還することを誓約します。

令和 年 月 日

組合員氏名

印

福井県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿