

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 】

※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

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