

決 裁	理事長	常務理事	事務長	係			受 付
下記の通り申請があったので再交付してよろしいか。							
再 交 付 年 月 日 令 和 年 月 日							

※黒ボールペン(消えないペン)で太枠内のみご記入ください。

※再交付を希望する方に☑してください。

① マイナ保険証を お持ちの方 → <input checked="" type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ マイナ保険証を お持ちでない方 → <input type="checkbox"/> 資格確認書										再交付申請書													
被保険者記号番号					② 衣 国 00-000-0000																		
被 保 険 者	氏名	衣料品 次郎			性別	男	生年月日	H O . O . O			個人番号 (マイナンバー)	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
	氏	① 再交付を希望する方に☑をしてください。 マイナ保険証（保険証として登録済み）をお持ちの方 → 資格情報のお知らせ マイナ保険証（保険証として登録済み）をお持ちでない方 → 資格確認書 ※マイナ保険証利用登録状況に応じて再交付いたしますので、種類を選ぶことはできません。 ② 被保険者記号番号を記入してください。 不明な場合は、組合へお問い合わせください。 ③ 再交付が必要な方すべての氏名等を記入してください。 ④ 記入日を和暦で記入してください。 ⑤ 従業員の資格情報のお知らせまたは資格確認書の再発行であっても、 事業主より届け出てください。 ⑥ 事業主のマイナンバーを記入してください。																					
再交付の理由		紛失もしくは破損等、理由を記入してください。																					

上記の通り再交付を申請します。

④ 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住 所 住所を記入してください。

⑤ 事業主氏 名 衣料品 太郎



⑥ 個人番号
(マイナンバー)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

大阪衣料品小売国民健康保険組合 殿