再 国民健康保険被保険者 資格確認書 高齢受給者証 再交付申請書

事務長	担当

① 被保険者 記号・番号	記号	番号	②再交付(該当する数字を○で囲んでください)
		-	1. 資格確認書　2.高齢受給者証　3. 1 と 2両方

③再交付する者	フリガナ	組合員との続柄	性別	生年月日
組合員		本人	男・女	昭和 平成 令和　・　・
	マイナンバーカードへの保険証登録 □ 有　□ 無	マイナンバー		
家族（その他の被保険者）	フリガナ	組合員との続柄	性別	生年月日
			男・女	昭和 平成 令和　・　・
	マイナンバーカードへの保険証登録 □ 有　□ 無	マイナンバー		
	フリガナ	組合員との続柄	性別	生年月日
			男・女	昭和 平成 令和　・　・
	マイナンバーカードへの保険証登録 □ 有　□ 無	マイナンバー		
	フリガナ	組合員との続柄	性別	生年月日
			男・女	昭和 平成 令和　・　・
	マイナンバーカードへの保険証登録 □ 有　□ 無	マイナンバー		

④ 再交付の理由（詳しく記載してください）	

⑤組合員記入欄

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

〒

自 宅 住 所

氏　　名

組合員のﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ

⑥証の送付先

※該当箇所にチェックを入れてください。

□ 薬局　□ 自宅

上記以外の送付先を希望される場合は宛先をご記入ください。

〒

⑦誓約書

私又は私の家族が、埼玉県薬剤師国民健康保険組合資格確認書(高齢受給者証）を紛失し、再交付を受けることについては、下記条項の一切の責任は私にあり、埼玉県薬剤師国民健康保険組合には、なんらご迷惑をかけないことを誓約いたします。

1 紛失した証を第三者が故意に使用したために生じた場合の療養取扱機関に対する債務の返済。

2 紛失した証が見つかった場合は、速やかに先に交付していた証を組合へ返還し、二重使用しないこと。

万一、二重使用により生じた損害に対しては、その損害の一切を負担すること。

令和　　年　　月　　日

組合員氏名

①～⑦まで全て必ず記載ください。
※③は、再交付する者の氏名を記入します。
※⑦誓約書は、よくお読みの上、署名をお願いします。

【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一第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。

受付印

【申請の際に添付するもの】

◇資格確認書（高齢受給者証）の再交付には、なりすまし防止の対策として申請者である組合員本人の 顔写真付きの身元確認書類(写し)を添付してください。

***顔写真付きの身元確認書類(写し）・・・マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等　いずれか１つ**