

マイナ保険証を
お持ちの方→
マイナ保険証を
お持ちでない方→

資格情報通知書
資格確認書

再交付申請書

記入例

被保険者 記号・番号	薬国	9	9	9	9	—	9	9	9	—	9	9	9								
(枝番)	氏名		続柄	性別	年号	生年月日	個人番号 / マイナンバー(12桁)														
0	3	国保 美子		子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	99年99月99日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日															
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日															
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日															
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日															

資格情報通知書・・・A4サイズ
資格確認書・・・カード型
※マイナ保険証利用登録状況に応じて再交付しますので、種類を選ぶことはできません。

再交付申請の理由 紛失 ・ 盗難 ・ 破損 ・ その他 ()

上記の通り再交付していただきたく申請いたします。

記入された年月日
令和 99年 99月 99日

住民票記載の住所 住所 大阪府大阪市中央区大阪〇丁目〇番

組合員本人 氏名(自署) 国保 容子

※再交付を受ける被保険者が家族の場合でも、組合員本人が署名し、組合員本人の本人確認書類(写)を添えてご申請ください。

個人番号

2	2	2	2	4	4	4	4	8	8	8	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

マイナンバー

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

(事務処理欄)

受付印

決裁	理事	室長	班長	主担当	副担当

令和 年 月 日
交付日 令和 年 月 日

高齢受給者証再交付申請書

記入例

被保険者 記号・番号	薬国	9	9	9	9	—	9	9	9	—	9	9	9					
(枝番)	氏名		続柄	性別	年号	生年月日	個人番号 / マイナンバー(12桁)											
0 2	国保 美子		母	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	99年99月99日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日												
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日												
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日												
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日												

再交付申請の理由 紛失・盗難・破損・その他 ()

上記の通り再交付していただきたく申請いたします。

記入された年月日

令和 99年 99月 99日

住民票記載の住所 住所 大阪府大阪市中央区大阪〇丁目〇番

組合員本人 氏名(自署) 国保 容子

※再交付を受ける被保険者が家族の場合でも、組合員本人がご署名ください。

個人番号

2	2	2	2	4	4	4	4	8	8	8	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

マイナンバー

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

(事務処理欄)

受付印

決裁	理事	室長	班長	主担当	副担当
令和 年 月 日					

交付日	令和 年 月 日
-----	----------