

# 資格確認書(再)交付申請書

被 保 険 者 記 号 番 号				浴国			
氏 名				性 別	続 柄	生 年 月 日	
1	フリガナ					(昭 平 令) 年 月 日	
個人番号 (マイナンバー)							
2	フリガナ					(昭 平 令) 年 月 日	
個人番号 (マイナンバー)							
3	フリガナ					(昭 平 令) 年 月 日	
個人番号 (マイナンバー)							
4	フリガナ					(昭 平 令) 年 月 日	
個人番号 (マイナンバー)							
5	フリガナ					(昭 平 令) 年 月 日	
個人番号 (マイナンバー)							
再交付申請の詳細な理由							
<p>上記のとおり資格確認書再交付申請をいたします。</p> <p>なお、今後旧資格確認書による保険給付事故発生の場合には、事業主及び組合員において全ての責任を負います。</p> <p>もし旧書が出てきた場合には速やかに返却いたします。(被保険者証有効期限R7.7.31についても同様)</p> <p>※マイナ保険証に登録されている場合、原則[資格確認書]は発行いたしません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">個人番号 (マイナンバー)</p> <p style="text-align: center;">大阪府浴場国民健康保険組合 理事長 様</p>							
理 事 長	副 理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	担 当	受 付 年 月 日		
					令和 年 月 日		