

# 国民健康保険組合被保険者証再交付申請書

被 保 険 者 証 記 番 号			浴 国 号		
氏 名			性 別	続 柄	生 年 月 日
1					(昭 平) 年 月 日
個人番号 (マイナンバー)					
2					(昭 平) 年 月 日
個人番号 (マイナンバー)					
3					(昭 平) 年 月 日
個人番号 (マイナンバー)					
4					(昭 平) 年 月 日
個人番号 (マイナンバー)					
5					(昭 平) 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>上記のとおり被保険者証再交付申請をいたします。          なお今後旧被保険者証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一切の責任を負います。          もし旧証が出てきた場合には速やかに返却いたします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p> <p style="text-align: center;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">個人番号 (マイナンバー)</span> <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span> </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
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; bottom: 0; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div>					平成 年 月 日