

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 令) 年 月 日	
個人番号 (マイナンバー)					
2				(昭 平 令) 年 月 日	
個人番号 (マイナンバー)					
3				(昭 平 令) 年 月 日	
個人番号 (マイナンバー)					
4				(昭 平 令) 年 月 日	
個人番号 (マイナンバー)					
5				(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;">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;"> 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
<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>					令和 年 月 日