国民健康保険高齢受給者証再交付申請書

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)				

再交付申請の詳細な理由	

上記のとおり高齢受給者証の再交付申請をいたします。
尚、旧高齢受給者証によって生じた不正使用については、貴組合に
負担をおかけいたしません。
もし旧証が出てきた場合には速やかに返却いたします。

平成　　年　　月　　日

住　所　〒

氏　名　　印

個人番号 (マイナンバー)											

大阪府浴場国民健康保険組合　　理事長　様

理事長	副理事長	常務理事	事務長	担当	受付年月日
					平成　　年　　月　　日