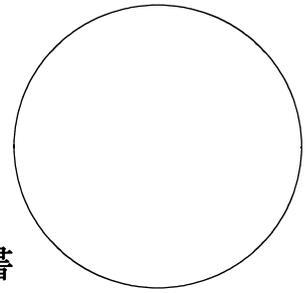


再交付年月日	令和 年 月 日
再交付番号	34 -



神奈川県薬剤師国民健康保険組合

資格確認書・資格情報のお知らせ再交付申請書

被保険者証の記号・番号		34 -									
被 保 険 者	(フリガナ) 氏名 個人番号(マイナンバー)			続柄	性別	生年月日			再交付を希望するもの		
	1	-----				男 ・ 女	昭和 平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ

	2	-----				男 ・ 女	昭和 平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ

	3	-----				男 ・ 女	昭和 平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ

	4	-----				男 ・ 女	昭和 平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ

再交付申請の理由		紛失・盗難・破損・その他()									
被保険者番号の変更		希望する・希望しない									
資格確認書 資格情報のお知らせ		送付先		1 事業所宛 (本店・支店) 店) 2 自宅宛							
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長 様 〒 - 住所 組合員 自宅 () 氏名 電話 携帯 ()											

※申請に必要なもの

- 住民票(世帯全員分で続柄、個人番号(マイナンバー)が記載されているもの)(有効期限3ヶ月)
- 被保険者番号の変更を希望する場合、次に該当される方
 - 再交付希望者以外に加入されている方がいる場合、その方が資格確認書または有効な被保険者証をお持ちの場合は、その方の資格確認書または有効な被保険者証
 - 40~74歳で健診等未受診の方は「特定健康診査受診券」
 - 70~74歳の方は「高齢受給者証」・限度額適用認定証をお持ちの方は「限度額適用認定証」

決 裁	理事長	常務理事	事務長	主 幹	担 当

※ 資格確認書または被保険者証を紛失した場合にご記入ください。

誓 約 書

神奈川県薬剤師国民健康保険組合資格確認書の再交付を受けるにあたり、下記事項の責任は私にあり神奈川県薬剤師国民健康保険組合にはなんら迷惑をかけないことを誓約します。

- 1 紛失した資格確認書または被保険者証を第三者が故意に使用したために生じた場合の保険給付に対する責務を負うこと
- 1 紛失した資格確認書または被保険者証が見つかった場合は、速やかに組合に返還し二重使用をしないこと
万一、二重使用により生じた損害に対しては、その損害の一切を負担すること

令和 年 月 日

神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

組合員(または事業主)

氏 名 _____