

常務理事	事務局長	次 長	課 長	担当者	受付年月日	入力処理

国民健康保険被保険者証再交付申請書

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	税 国					
再交付を希望する被保険者氏名	性 別	続 柄	生 年 月 日			
	男 女		昭和・平成・令和 年 月 日			
個人番号 (マイナンバー)						
	男 女		昭和・平成・令和 年 月 日			
個人番号 (マイナンバー)						
	男 女		昭和・平成・令和 年 月 日			
個人番号 (マイナンバー)						
	男 女		昭和・平成・令和 年 月 日			
個人番号 (マイナンバー)						
再交付申請の詳細な理由 (紛失等の詳しい状況を記入)						

上記のとおり被保険者証の再交付を申請します。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解決の責任を負います。

令和 年 月 日

事務所氏名
 代表者 _____ (印)

組合員住所
 (自宅) _____

組合員氏名 _____ (印)

組合員 個人番号

近畿税理士国民健康保険組合理事長 殿

※再交付申請の理由は、必ず記入して下さい。

**※郵送で手続きする場合は、被保険者証が1枚～7枚の場合は414円分、8枚～20枚の場合は460円分
 の切手を同封して下さい。**

※事業所が税理士法人であっても、代表者氏名及び印鑑は個人印でお願い致します。