

受付印

<input type="checkbox"/> 回収済 (/)	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 医師会 <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------------------------------	--	--

理事長	常務理事	事務長	課長・係長	係	台帳入力	交付簿

国民健康保険 資格確認書再交付 申請書 資格情報通知書再通知

被保険者の記号・番号 群医 — —

被保険者の氏名	生年月日	組合員との続柄	再交付及び再通知申請の理由
	昭・平・令 .		
			*交付 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書
個人番号 (マイナンバー)			* (新) 記号・番号 — —

被保険者の氏名	生年月日	組合員との続柄	再交付及び再通知申請の理由
	昭・平・令 .		
			*交付 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書
個人番号 (マイナンバー)			* (新) 記号・番号 — —

被保険者の氏名	生年月日	組合員との続柄	再交付及び再通知申請の理由
	昭・平・令 .		
			*交付 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書
個人番号 (マイナンバー)			* (新) 記号・番号 — —

被保険者の氏名	生年月日	組合員との続柄	再交付及び再通知申請の理由
	昭・平・令 .		
			*交付 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書
個人番号 (マイナンバー)			* (新) 記号・番号 — —

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

【委任欄】 令和 年 月 日

私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。

医療機関住所

組合員 氏名

個人番号 (マイナンバー)									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿

受任者
(代理人)

住所

氏名

委任者
(組合員)

住所

氏名

*印は、記入不要です。

*当組合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を、番号法第9条第1項の規定に基づき、国民健康保険に関する適用、給付及び徴収関係事務並びに情報連携のために利用します。