国民健康保険 資格確認書等 交付（再交付）申請書

2024.12.1

交付を受ける証に〇印をつけて下さい。		資格確認書 ・ 資格情報のお知らせ	
交付を受ける被保険者氏名		生　年　月　日	交付申請の理由に☑をいれてください。
1	国保　花子	昭・平・令 61年 1月 4日	☑紛失 □棄損 □盗難 □その他（　　）
	個人番号（マイナンバー）	1234 5678 9012	組合員との続柄：本人・家族
2	国保　二郎	昭・平・令 20年 5月 5日	□紛失 □棄損 □盗難 ☑その他（マイナンバーカードを紛失）
	個人番号（マイナンバー）	3456 7890 1234	組合員との続柄：本人・家族
3	国保　太郎	昭・平・令 29年 2月 3日	□紛失 □棄損 □盗難 ☑その他（介護施設入所の為）
	個人番号（マイナンバー）	5678 9012 3456	組合員との続柄：本人・家族
4		昭・平・令 年 月 日	□紛失 □棄損 □盗難 □その他（　　）
	個人番号（マイナンバー）		組合員との続柄：本人・家族

送付希望先	送付先を希望する場合にご記入ください。通常は代表薬局へ送付します。 〒〇〇〇－〇〇〇〇 住　所　福岡市〇〇区〇〇〇〇 宛　名　国　保　花　子

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

組合員住所　〒〇〇〇-〇〇〇〇
福岡市〇〇区〇〇〇〇

組合員氏名　**国　保　花　子**

ＴＥＬ　（　　）　　－

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

決裁	理事長	常務理事	事務長	係	係

処理欄	交付年月日
	・　・

国民健康保険 資格確認書等 交付（再交付）申請書

2024.12.1

交付を受ける証に〇印をつけて下さい。		資格確認書　・　資格情報のお知らせ	
交付を受ける被保険者氏名		生　年　月　日	交付申請の理由に☑をいれてください。
1		昭・平・令 年　月　日	□紛失　□棄損　□盗難 □その他（　　）
	個人番号（マイナンバー）		組合員との続柄　本人　・　家族
2		昭・平・令 年　月　日	□紛失　□棄損　□盗難 □その他（　　）
	個人番号（マイナンバー）		組合員との続柄　本人　・　家族
3		昭・平・令 年　月　日	□紛失　□棄損　□盗難 □その他（　　）
	個人番号（マイナンバー）		組合員との続柄　本人　・　家族
4		昭・平・令 年　月　日	□紛失　□棄損　□盗難 □その他（　　）
	個人番号（マイナンバー）		組合員との続柄　本人　・　家族

送付希望先	送付先を希望する場合にご記入ください。通常は代表薬局へ送付します。 〒　　－ 住　所 宛　名

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

組合員住所　〒

組合員氏名

ＴＥＬ　（　　）　　－

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長　　殿

決裁	理事長	常務理事	事務長	係	係

処理欄	交付年月日
	・　・