

理事長	常務理事	事務長	課長	係

事務局使用欄

再交付年月日
令和 年 月 日

資格確認書 再交付申請書（第2種組合員）

記号（ ） 番号（ ） 枝番（ ）		
再交付申請理由	1 紛失 2 盗難 3 破損 4 その他（ ） (注) 盗難にあった場合は、必ず警察に届け出てください。 破損した場合は、その被保険者証を添付してください。	
再交付する者の氏名	組 合 員 との続柄	生年月日
1 フリガナ		昭和・平成・令和 年 月 日
2 フリガナ		昭和・平成・令和 年 月 日
3 フリガナ		昭和・平成・令和 年 月 日
4 フリガナ		昭和・平成・令和 年 月 日
5 フリガナ		昭和・平成・令和 年 月 日
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 組合員自宅住所 〒 電話 () 組合員氏名 印 診療所名称 診療所住所 〒 (第1種組合員) 電話 () 事業主氏名 印 埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様		

(添付書類)

1 世帯全員の住民票(発行日から3か月以内で続柄が記載されているもので、マイナンバーの記載がないもの)

委任欄	この届出を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 (代理人) 住 所 氏 名 組合員氏名 印
-----	---

※ 社会保険労務士事務所からの持ち込みや郵送の場合は、委任欄にご記入のうえ代理人の身元確認（個人番号カード、運転免許証、パスポート等）の提示または、郵送の場合は、コピーの添付が必要です。

マイナ保険証が利用できる方には資格確認書を交付することはできません

裏面のマイナンバーも必ず記入してください。

マイナンバー（個人番号）の記入

マイナンバー（個人番号）について、国民健康保険法施行規則第7条及び第7条の4により申請します。

No.	被 保 険 者 氏 名	個 人 番 号 (12 桁)
1		
2		
3		
4		
5		

【個人番号の利用目的】

本組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30の項「国民健康保険法による保険給付の支給又は、保険料の徴収に関する事務」において適用、給付及び徴収業務で利用します。

※ 事業所経由、社会保険労務士事務所等に委任して提出される場合は、マイナンバー（個人番号）を記入して隠れるように保護シールを貼ってください。

再交付後、以前の資格確認書が見つかった場合は、速やかにご返却いただきますようお願いいたします。

◎ 加入時やその他の届出書等で、個人番号の確認に必要な書類（マイナンバーカードまたは、通知カードのコピー等）を本組合に提出済みの場合は、その後の添付は不要となります。