

支 部 欄												本 部 欄								
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--

届出枚数
/ 枚

長野県建設国民健康保険被保険者証再交付(紛失)申請書 高齡受給者証

再交付を要する(紛失届として使用する場合は紛失した)人の氏名、マイナンバー等を記入し必要な証に○をしてください。

記号番号	建	-	<input type="checkbox"/> 組合員(住民票表記)宛送付を希望 被保険者証の新旧(新・旧)																			
	再交付を要する方の氏名		生年月日	必要な証に○	※保険証返還日																	
	マイナンバー																					
①			S・H・R	被保険者証																		
			年 月 日	高齡受給者証																		
②			S・H・R	被保険者証																		
			年 月 日	高齡受給者証																		
③			S・H・R	被保険者証																		
			年 月 日	高齡受給者証																		
④			S・H・R	被保険者証																		
			年 月 日	高齡受給者証																		
⑤			S・H・R	被保険者証																		
			年 月 日	高齡受給者証																		
⑥			S・H・R	被保険者証																		
			年 月 日	高齡受給者証																		
再交付申請の理由			1. 紛失 2. 住変 3. 氏変 4. 焼失 5. 破損 6. 汚損 7. その他																			
上記の原因																						
長野県建設国民健康保険組合理事長 殿 上記の通り申請します。なお、紛失した被保険者証(高齡受給者証)を発見したときは、ただちに返還します。 紛失のために生じた事故については、私が一切の責任を負うことを誓約いたします。																						
年 月 日						組合員住所																
						組合員氏名																
						マイナンバー																
確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(組合員・他) <input type="checkbox"/> 運転免許証(組合員・他) <input type="checkbox"/> その他()										届出人	<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人 ()						身元確認者				
	《注意事項》																					
1. 破損等の場合には、必ずその被保険者証(高齡受給者証)を添付してください。 2. 紛失した被保険者証(高齡受給者証)を発見したときは、ただちに返還してください。 3. ※保険証返還日は記入しないでください。 4. 自宅への送付を希望する場合は上記「 <input type="checkbox"/> 組合員(住民票表記)宛送付を希望」にチェックをしてください。																						

※今回の申請で皆さんから届け出いただいた個人情報、国保事業以外には使用しません。

※組合員以外の方が申請する場合は代理人となり、委任状が必要となります。