

記入見本

理事長	常務理事	事務長	担当者	交付	台帳

国民健康保険被保険者資格確認書等再交付申請書

被保険者の 記号・番号		記号		番号	
		千医国	01	100	100
再交付を希望する被保険者氏名			種別	生年月日	再交付するもの
ふりがな ちば はなこ 千葉 花子 男・女			組合員	昭和 平成 令和 57年 9月 4日	・資格情報のお知らせ ・資格確認書
個人番号 (マイナンバー)			家族		
再交付の理由			紛失・汚損・		
紛失・汚損・破損等年月日及び場所			令和7年12月、		

<再交付を希望する被保険者氏名>

再交付を希望される方の顔写真つき公的身分証明書の
コピーの添付が必要です。

例：運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等

<再交付するもの>

マイナ保険証を利用されている方が資格
確認書の交付を希望される場合、「マイナ
保険証利用登録解除申請書」の提出が必要
となります。

申請される場合は医師国保組合にお問い
合わせください。

<第1種（特別）組合員（事業主）>

ご記入ご捺印をお願いします。

第1種組合員（勤務医）、第2種組合員
（従業員）が申請される場合もご記入が
必要です。

上記のとおり、必要書類を添えて申請いたします。

令和 年 月 日

第1種（特別）組合員 （事業主） ※必ずご記入ご捺印下さい。	医療機関所在地	千葉市中央区千葉港4番1号											
	医療機関名称	保険クリニック											
第1種組合員（勤務医） 第2種組合員（従業員） ※勤務医および従業員の方はこちらも ご記入下さい。	氏名	保険 太郎											
	個人番号 (マイナンバー)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0
	住所	千葉市中央区千葉港1-2-3											
	氏名	国保 花子											
	連絡先電話番号	(090) (0000) (0000)											

千葉県医師国民健康保険組合 様

【個人番号の利用目的について】

- 当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第
保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」
で利用します。
- 各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、
の目的以外で利用することはありません。

<第1種組合員（勤務医）・

第2種組合員（従業員）>

第1種組合員（勤務医）、第2種組合員（従業員）が
申請される場合にご記入をお願いします。

理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者	交 付	台 帳

国民健康保険被保険者資格確認書等再交付申請書

被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号
	千医国	—

再交付を希望する被保険者氏名	種 別	生 年 月 日	再交付するもの
ふりがな	組合員 ・ 家 族	昭和 平成 令和 年 月 日	・ 資格情報のお知らせ ・ 資格確認書
男・女			
個人番号 (マイナンバー)			
ふりがな	組合員 ・ 家 族	昭和 平成 令和 年 月 日	・ 資格情報のお知らせ ・ 資格確認書
男・女			
個人番号 (マイナンバー)			
ふりがな	組合員 ・ 家 族	昭和 平成 令和 年 月 日	・ 資格情報のお知らせ ・ 資格確認書
男・女			
個人番号 (マイナンバー)			
ふりがな	組合員 ・ 家 族	昭和 平成 令和 年 月 日	・ 資格情報のお知らせ ・ 資格確認書
男・女			
個人番号 (マイナンバー)			

再 交 付 の 理 由	紛失 ・ 破損 ・ 汚損 ・ その他 ()
紛失・汚損・破損等年月日及び場所	

上記のとおり、必要書類を添えて、申請いたします。

令和 年 月 日

第1種（特別）組合員 （事業主） ※必ずご記入ご捺印下さい。	医療機関所在地 医療機関名称 氏 名 (印) 個人番号 (マイナンバー)
第1種組合員（勤務医） 第2種組合員（従業員） ※勤務医および従業員の方はこちら もご記入下さい。	住 所 氏 名 連絡先電話番号 () () ()

千葉県医師国民健康保険組合 様

【個人番号の利用目的について】

- 当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30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。
- 各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報とは、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。