

国民健康保険被保険者資格確認書等再交付申請書

被保険者台帳	資格確認書等

【記入例】

組合員が再交付を申請される場合

【記入要領】

- 被保険者証の記号番号を記入
- 資格確認書等の再交付を申請される方の氏名を記入
- 個人番号(マイナンバー)を記入
- 性別(男・女)のいずれかに○印を記入
- 組合員又は准組合員(従業員)との続柄を記入(妻・子・父・母・兄・弟・姉・妹など)
- 再交付を希望する書類に○印を記入
- 特記すべき事項があれば「備考」欄に記入
- 再交付申請の理由に○印を記入(その他の場合は理由を記載)
- 本書の届出日を記入
- 組合員(事業主)の医療機関情報(郵便番号・住所・医療機関名称・電話番号)、氏名・個人番号(マイナンバー)を記入のうえ押印のこと

被保険者証の記号番号		① 60-01012-000		
被 保 険 者	② 氏名	④ 性別	⑥ 再交付を希望する書類	⑦ 備考
	③ 個人番号	⑤ 組合員又は准組合員との続柄		
	島根 一郎	男・女	○ 資格確認書 ○ 資格情報のお知らせ	
	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	本人		
	島根 花子	男・女	○ 資格確認書 ○ 資格情報のお知らせ	
	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	妻		
	島根 太郎	男・女	○ 資格確認書 ○ 資格情報のお知らせ	
	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	子		
島根 さくら	男・女	○ 資格確認書 ○ 資格情報のお知らせ		
6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6	子			
島根 次郎	男・女	○ 資格確認書 ○ 資格情報のお知らせ		
5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	子			
再交付申請の理由		⑧ ○ 紛失 汚損・破損・その他 ()		

上記のとおり申請いたします。

⑨	令和 7年 8月 10日
⑩ 准 組 合 員	氏名 ⑩
	個人番号 <input type="text"/>
私は、この届出の提出を下記の者に委任します。	
⑪ 組 合 員	※准組合員世帯について変更の場合は代理者
	(所在地 (〒690-0049))
	松江市袖師町○番△△号
	名称 医療法人 島根医院
	氏名 島根 一郎 ⑩
個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
電話	0 8 5 2 - 1 2 - 3 4 5 6

島根県医師国民健康保険組合理事長 様

【概要】

1. 資格確認書等を汚損又は紛失等により再交付を行う時に使用して下さい。

島根県医師国保組合運営規程〔抜粋〕

(資格確認書等の再交付)

第12条 組合員は、資格確認書等を汚損又は紛失したときは、国民健康保険被保険者資格確認書等再交付申請書(様式第5号)を理事長に提出し、再交付を受けなければならない。

【注意事項】

- 汚損等の場合は現資格確認書を添付して下さい。
- 戸外で紛失または盗難の可能性のある場合は、本組合から送付される「医療費通知はがき」で不正使用の確認をして下さい。もし不正使用を見つけた時は、お早めに本組合にお知らせ下さい。
- ④⑩「個人番号」の枠に記入がある場合は、必ず「個人情報保護シール」を貼り付けて下さい。
- 届出の事由発生後、14日以内に提出して下さい。

【お問合せ先】

島根県医師国民健康保険組合

〒690-8535

松江市袖師町1番31号 島根県医師会館内

TEL: 0852-26-3100

FAX: 0852-26-3104

E-mail: isi-kokuho@ns.shimane.med.or.jp