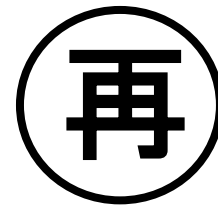


決 裁	課 長	係 長	係
	令和	年	月 日

処 理 欄	入 力	照 合	証 交 付



~~被 保 険 者 証~~
国民健康保険 **高 齢 受 給 者 証** **再交付願**

(該当する証の口に✓を付けてください)

※本人確認のため、組合員本人（家族の再交付の場合はその世帯に属する組合員）の運転免許証またはパスポート等の写しを添付してください。

※代理人（社会保険労務士等）を通じて申請する場合は、委任状と代理人の身分証の写しが必要です。

被保険者証	記 号	8 6 -	番 号		
氏 名		続 柄	性 別	生 年 月 日	年 齢
個人番号			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日 歳
個人番号			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日 歳
個人番号			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日 歳
個人番号			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日 歳
紛失・毀損の理由（毀損の場合はその被保険者証を添付のこと）					
※外出先での紛失の場合は警察等にお届け願います。					
上記のとおり申請いたします。					
当該被保険者証・高齢受給者証が万一不正使用された場合は、私においてその責任を負い、貴組合に対し何らご迷惑をおかけいたしません。また、今後は充分保管に留意し再度紛失する事のないようにいたします。					
なお、被保険者証・高齢受給者証を見つけた場合は、すぐに返還いたします。					
令和 年 月 日					
組 合 員 ※再交付申請する組合員（家族の再交付の場合はその世帯に属する組合員）が記入してください。					
〒 -					
住 所 電話番号 - -					
氏 名 (自署) 個人番号					
東京都医師国民健康保険組合理事長 殿					

事業主確認欄 ※事業主（医師組合員）及びその家族の再交付時は記入不要

1. 上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

事業主名
(医師組合員)

(自署)

処 理 印

受 付 印

1. 本人確認のため、組合員本人（家族の再交付の場合はその世帯に属する組合員）の運転免許証またはパスポート等の写しを添付してください。

身分証 貼付欄

2. 代理人（社会保険労務士等）を通じて届け出る場合は、下記の委任状を記入してください。また、代理人の身分証の写しを添付してください。

委 任 状

代 理 人

私は、上記の者を代理人と定め、東京都医師国民健康保険組合への事業所変更の手続きを委任します。

令 和 年 月 日

委 任 者

第1種・第3種組合員
事業主（雇用主）

下記に、代理人の身分証の写しを貼付してください。（例：運転免許証、パスポート等の写し）

身分証 貼付欄