

表面

令和 年 月 日

入力	照合	証 交 付
処理欄		



国民健康保険

 被保険者証 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	86-001	番号	1234
氏名	続柄	性別	生年月日	年齢
医師 次郎	子	男・女	昭和 平成 令和	〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇歳
個人番号				
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）				
紛失理由等を記入してください。				
※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 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
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。				
〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇				
住 所 中央区〇〇〇 1-1-1				
電話番号 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
氏 名 医師 太郎 (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

事業主の変更の場合は、記入不要です。
従業員の変更の場合は、事業主の氏名を記入してください。

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）の運転免許の写しを添付してください。

裏面

身分証 貼付欄

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。

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 社 労 士 健 吾

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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

委 任 者

第1種・第3種組合員 医 師 太 郎
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）

代理人を通じて届け出をする場合は、委任状に記入のうえ、代理人の方の身分証の写しを貼付してください。

身分証 貼付欄