

国民健康保険

資格情報のお知らせ
資格確認書

再交付申請書（未回収届）

記 号 番 号		— —									
被 保 険 者 氏 名		男・女	昭和・平成・令和			年	月	日生			
		個人番号 (マイナンバー)									
		男・女	昭和・平成・令和			年	月	日生			
		個人番号 (マイナンバー)									
		男・女	昭和・平成・令和			年	月	日生			
		個人番号 (マイナンバー)									
		男・女	昭和・平成・令和			年	月	日生			
		個人番号 (マイナンバー)									
申 請 理 由 ・ 該当するものに○を記入 ・ 「その他」の場合は詳細を記入		紛 失 ・ 汚 損 ・ 破 損 その他（ ）									
<p>上記のとおり届けます。</p> <p>資格確認書を発見したときは、ただちに返納します。</p> <p>なお、今回の紛失により生じた事故については、貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。</p> <p>愛知県医師国民健康保険組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>正組合員 個人番号 (医師) (マイナンバー)</p> <p>自宅住所</p> <p>氏 名</p>											

- ◎ 個人番号（マイナンバー）…「通知カード」又は「個人番号カード」に記載の個人番号（12桁）を記入
- ◎ 再交付の場合は、免許証等の本人確認書類を添付してください
- ◎ 汚損もしくは破損の場合は、その資格確認書を添付してください
- ◎ 資格情報のお知らせと資格確認書については、本組合の登録内容に基づき発行いたします。

【個人番号の利用目的について】

本組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表の第44項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保健事業の実施に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用する。

※各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、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。

※DVや虐待等被害者保護の観点より、加害者に住所等を知られたくない場合にはご連絡ください。