

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<br>(マイナンバー) |          |   |   |   |   |  |
|                                 | 男・女              | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 生 |  |
|                                 | 個人番号<br>(マイナンバー) |          |   |   |   |   |  |
|                                 | 男・女              | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 生 |  |
|                                 | 個人番号<br>(マイナンバー) |          |   |   |   |   |  |
| 申請理由                            |                  | 紛失・汚損・破損 |   |   |   |   |  |
| ・該当するものに○を記入<br>・「その他」の場合は詳細を記入 |                  | その他( )   |   |   |   |   |  |

上記のとおり届けます。

資格確認書を発見したときは、ただちに返納します。

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。

愛知県医師国民健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

正組合員 個人番号  
(医師) (マイナンバー)

自宅住所

氏名

- 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。  
※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。