資格確認書（再）交付申請書

被保険者記号番号	浴国　〇〇－〇〇〇－〇〇

	氏名	性別	続柄	生年月日
1	浴場　二郎	男	子	（昭 平 令）　2 年　1 月　3 日
個人番号（マイナンバー）	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			←マイナンバーをご記入ください。
2				（昭 平 令）　年　月　日
個人番号（マイナンバー）				
3				（昭 平 令）　年　月　日
個人番号（マイナンバー）				
4				（昭 平 令）　年　月　日
個人番号（マイナンバー）				
5				（昭 平 令）　年　月　日
個人番号（マイナンバー）				

再交付申請の詳細な理由	再交付の理由をご記入ください。

上記のとおり資格確認書再交付申請をいたします。
なお今後旧資格確認書による保険給付事故発生の場合には、事業主及び組合員において一切の責任を負います。　もし旧書が出てきた場合には速やかに返却いたします。(被保険者証有効期限R7.7.31についても 同様)

※マイナ保険証に登録されていう場合、原則[資格確認書]は発行いたしません。

令和　年　月　日

世帯主のお名前をご記入ください。
※従業員の場合は、従業員の世帯主

住所　〒　556-0012
大阪市浪速区敷津東2丁目2番8号

氏名　浴場　太郎

電話番号　06-6634-2510

個人番号（マイナンバー）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3

大阪府浴場国民健康保険組合　理事長　様

理事長	副理事長	常務理事	事務長	担当	受付年月日
					令和　年　月　日