

国民健康保険高齢受給者証再交付申請書

被 保 險 者 記 番 号		浴国 号				
氏 名		性 別	続 柄	生 年 月 日		
1						昭和 年 月 日
個人番号 (マイナンバー)	.....	.....	.....	.....	.....
2						昭和 年 月 日
個人番号 (マイナンバー)	.....	.....	.....	.....	.....
3						昭和 年 月 日
個人番号 (マイナンバー)	.....	.....	.....	.....	.....
再交付申請の詳細な理由						

上記のとおり高齢受給者証の再交付申請をいたします。
尚、旧高齢受給者証によって生じた不正使用については、貴組合に
負担をおかけいたしません。
もし旧証が出てきた場合には速やかに返却いたします。

令和 年 月 日

住 所 〒

氏 名

個 人 番 号
(マイナンバー) 123456789012345678

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