

支 部 欄				
-------------	--	--	--	--

本 部 欄				
-------------	--	--	--	--

届出枚数	
/	枚

# 長野県建設国民健康保険被保険者証再交付(紛失)申請書 高齡受給者証

再交付を要する(紛失届として使用する場合は紛失した)人の氏名、マイナンバー等を記入し必要な証に○をしてください。

記号番号	建		<input type="checkbox"/> 組合員(住民票表記)宛送付を希望 被保険者証の新旧(新・旧)		
	再交付を要する方の氏名 マイナンバー	性別	生年月日	必要な証に○	※保険証返還日
①		男・女	S・H 年 月 日	被保険者証 ----- 高齡受給者証	
②		男・女	S・H 年 月 日	被保険者証 ----- 高齡受給者証	
③		男・女	S・H 年 月 日	被保険者証 ----- 高齡受給者証	
④		男・女	S・H 年 月 日	被保険者証 ----- 高齡受給者証	
⑤		男・女	S・H 年 月 日	被保険者証 ----- 高齡受給者証	
再交付申請の理由		1. 紛失 2. 住変 3. 氏変 4. 焼失 5. 破損 6. 汚損 7. その他			
上記の原因					
<b>長野県建設国民健康保険組合理事長 殿</b> 上記の通り申請します。 なお、紛失した被保険者証(高齡受給者証)を発見したときは、ただちに返還します。 紛失のために生じた事故については、私が一切の責任を負うことを誓約いたします。  年 月 日					
			組合員住所		
			組合員氏名 <span style="float: right;">(印)</span>		
			組合員 マイナンバー		
組合名及び理事(組合長)氏名			処理年月日 年 月 日		
(印)			身元確認者 (印)	確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(組合員・他) <input type="checkbox"/> 運転免許証(組合員・他) <input type="checkbox"/> その他( )
			届出人 <input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人( )		
《注意事項》 1. 破損等の場合には、必ずその被保険者証(高齡受給者証)を添付して下さい。 2. 紛失した被保険者証(高齡受給者証)を発見したときは、ただちに返還して下さい。 3. ※保険証返還日は記入しないで下さい。 4. 自宅への送付を希望する場合は上記「 <input type="checkbox"/> 組合員(住民票表記)宛送付を希望」にチェックをして下さい。					

※組合員以外の方が申請する場合は代理人となり、委任状が必要となります。

※長野国保では、今回の申請で組合員の皆さんから届け出いただいた個人情報は、個人情報保護法に基づいて適切に管理します。