

※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係

※	資格確認書等	入 力	発 送	
	あり		不要	
	資格確認書 枚			
	高齢証 枚			
	組証・准証 枚			
	なし			

◎ 記入の方法は別紙「記入例」をよくお読みください。
 ◎ ※印のところは記入しないでください。

**資格確認書 または 資格情報のお知らせ
 組合員証 または 准組合員証
 高齢受給者証**

再 交 付 申 請 書

被保険者記号番号 または 組合員・准組合員証番号	医 国							—			
	075							—			
組合員本人氏名 該当の または 准組合員本人氏名											
該当する番号に○印を、また、()内に再交付を希望する方の氏名を記入してください。	1.資格確認書	(氏名)	資格確認書	・	資格情報のお知らせ					
	・資格情報	(氏名)	資格確認書	・	資格情報のお知らせ					
	のお知らせ	(氏名)	資格確認書	・	資格情報のお知らせ					
		(氏名)	資格確認書	・	資格情報のお知らせ					
	2.組合員証・准組合員証	(氏名)								
	3.高齢受給者証	(氏名)								
再交付申請理由											

上記のとおり申請いたします。

当該資格確認書、資格情報のお知らせ、高齢受給者証、組合員証または准組合員証が万一不正に使用された場合は、私(組合員)がその全責任を負い、貴組合には何らご迷惑をおかけしません。また、今後は保管に充分注意し、紛失することのないようにいたします。

なお、紛失いたしました資格確認書、資格情報のお知らせ、高齢受給者証、組合員証または准組合員証を見つけました場合は、すぐに貴組合に返却いたします。

令和 年 月 日

〒

医療機関 所在地
(事業所) 名 称

組合員 氏 名

TEL ()
FAX ()

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

注 マイナンバーカードの保険証利用登録状況により、資格確認書が資格情報のお知らせでの発行となります。

マイナ保険証をお持ちの方には資格確認書の発行はできません。資格情報のお知らせを発行します。

◎破損により再交付申請する場合は破損したものを添付してください。

※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係	※	資格確認書等	入力	発送
											不要

(記入例)

◎ 記入の方法は別紙「記入例」をよくお読みください。
◎ ※印のところは記入しないでください。

被保険者記号番号 組合員証・准組合員証記号番号
(75歳以上の方はこちらへ記入)

資格確認書 または 資格情報のお知らせ 組合員証 または 准組合員証 高 齢 受 給 者 証												再 交 付 申 請 書			
被 保 険 者 記 号 番 号 または 組 合 員 ・ 准 組 合 員 証 番 号		医 国	9	9	9	9	9	9	9	9	9	-	9	9	9
		075										-			
組 合 員 本 人 氏 名 該 当 の または 准 組 合 員 本 人 氏 名		国 保 太 郎													
該 当 する 番 号 に ○ 印 を、ま た、() 内 に 再 交 付 を 希 望 す る 方 の 氏 名 を 記 入 し て く だ さ い。		1. 資格確認書		(氏 名 国 保 太 郎)		資格確認書		資格情報のお知らせ		○					
		・ 資格情報		(氏 名 国 保 花 子)		資格確認書		資格情報のお知らせ		○					
		の お知らせ		(氏 名)		資格確認書		資格情報のお知らせ							
				(氏 名)		資格確認書		資格情報のお知らせ							
						(氏 名)		資格確認書		資格情報のお知らせ					
		2. 組合員証・准組合員証 (氏 名)													
		3. 高齢受給者証 (氏 名)													
再 交 付 申 請 理 由															

資格確認書か資格情報のお知らせか
どちらかに○を記入

上記のとおり申請いたします。

必ずご記入ください

当該資格確認書、資格情報のお知らせ、高齢受給者証、組合員証または准組合員証が万一不正に使用された場合は、私(組合員)がその全責任を負い、貴組合には何らご迷惑をおかけしません。また、今後は保管に充分注意し、紛失することのないようにいたします。
なお、紛失いたしました資格確認書、資格情報のお知らせ、高齢受給者証、組合員証または准組合員証を見つけました場合は、すぐに貴組合に返却いたします。

令和 年 月 日

*組合員家族・准組合員
・准組合員家族の再交付
の場合は組合員の記入
となります。

〒

医療機関 所在地

(事業所) 名称

組合員 氏名

TEL ()

FAX ()

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

注 マイナンバーカードの保険証利用登録状況により、資格確認書か資格情報のお知らせでの発行となります。

マイナ保険証をお持ちの方には資格確認書の発行はできません。資格情報のお知らせを発行します。

◎破損により再交付申請する場合は破損したものを添付してください。