様式 107

被保険者証再交付申請書

記号番号		組合員氏名	
7 8	○○○○－○○○○○○○		東 食 太 郎 ※1

＊太線枠内をご記入ください。

申請被保険者氏名及び個人番号	続柄	性別	生年月日		資格取得年月日	
	組合員（本人）	1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令	年 月 日	3. 昭 4. 平 5. 令	年 月 日
東 食 花 子 ※2 ○○○○○○○○○○○○	妻	1. 男 (2) 女	(3) 昭 4. 平 5. 令	○年○月○日	3. 昭 (4) 平 5. 令	○年○月○日
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令	年 月 日	3. 昭 4. 平 5. 令	年 月 日

再交付申請の理由（該当する項目に○をしてください。「3．その他」の場合は具体的な理由を記入ください。）

(1). 紛 失　2．汚 損　3．その他（　　）

上記のとおり申請いたします。
「個人情報（含、特定個人情報）の取扱について」を確認し同意いたします。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

組合員
住所 東京都渋谷区神宮前○－○－○ ※3
氏名 東 食 太 郎
個人番号 ○○○○○○○○○○○○

申請人
住所 東京都渋谷区神宮前○－○－○ ※4
氏名 東 食 太 郎
個人番号

（組合員との関係・続柄： 本人 ）
連絡先電話番号 ○○－○○○○－○○○○

東京食品販売国民健康保険組合 殿

決裁欄		処理欄		証発効 年 月 日		扱者
所長	課長	入力	確認	回収	交付	

受付印

※1 組合員氏名をご記入下さい。

※2 再交付する方の氏名等をご記入下さい。

※3 組合員住所・氏名をご記入下さい。

※4 組合員がご申請ください。もしくは当組合に同一世帯で加入の家族が申請してください。（申請人の身分証明を添えて下さい。）

保険証再交付のご申請は

1 被保険者の方が保険証を紛失・破損したときは、組合の申請にもとづき再交付します。

2 手続きは、申請者の身分を証明できる書類（マイナンバーカード表面等）を添付の上、管轄の総合事務所窓口へご提出ください。

その他ご持参頂くものは、被保険者記号番号もしくは店舗番号の確認できるものと、個人番号確認書類（マイナンバーカード裏面等）です。

※破損の保険証は申請時に、紛失した保険証は見つかったときにご返還下さい。