資格情報のお知らせと個人番号（マイナンバー）確認のお願い　再交付申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 組合員情報 | 健康保険 | 記号 | 組合員番号 |
| 公 | 立 | 東 | 京 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （フリガナ） |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 昭和平成 | 　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒 |
| 都 道府 県 |
| 電話番号 | （　　　　） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 再交付内容 | 対象者 | １．組合員　（本人）分のみ２．被扶養者（家族）分のみ３．組合員　（本人）及び被扶養者（家族）分 |
| 理由 |  |
| 組合員 | 氏名 | 生年月日 |
| 同上 | 同上 |
| 被扶養者① |
| （フリガナ） |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 昭和平成令和 | 　　年　　月　　日 |
| 被扶養者② |
| （フリガナ） |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 昭和平成令和 | 　　年　　月　　日 |
| 被扶養者③ |
| （フリガナ） |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 昭和平成令和 | 　　年　　月　　日 |

受付日付印