

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