様式第2号

決裁	課長	係長	係
	令和　年　月　日		

処理欄	入力	照合	交付

再

国民健康保険 □資格情報通知書 □資格確認書 再交付願

（該当する□に✔を付けてください）

※代理人（社会保険労務士等）を通じて申請する場合は、委任状と代理人の身分証の写しが必要です。

※本人確認のため、組合員本人（家族の再交付の場合はその世帯に属する組合員）の運転免許証またはパスポート等の写しを添付してください。

被保険者	記号	86－	番号	

氏名	続柄	性別	生年月日	年齢
個人番号		男・女	昭和 平成 令和　年　月　日	歳
個人番号		男・女	昭和 平成 令和　年　月　日	歳
個人番号		男・女	昭和 平成 令和　年　月　日	歳
個人番号		男・女	昭和 平成 令和　年　月　日	歳

紛失・毀損の理由（毀損の場合はその資格情報通知書又は資格確認書を添付のこと）

上記のとおり申請いたします。

令和　年　月　日

組合員 ※再交付申請する組合員（家族の再交付の場合はその世帯に属する組合員）が記入してください。

〒　－

住所　　電話番号　－　－

氏名　　個人番号

東京都医師国民健康保険組合理事長　殿

事業主確認欄 ※事業主（医師組合員）及びその家族の再交付時は記入不要

1．上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。　事業主名（医師組合員）

処理印　　受付印

１.本人確認のため、組合員本人（家族の再交付の場合はその世帯に属する組合員）の運転免許証またはパスポート等の写しを添付して下さい。

身分証　貼付欄

２．代理人（社会保険労務士等）を通じて届け出る場合は、下記の委任状を記入してください。また、代理人の身分証の写しを添付してください。

委　任　状

代　理　人

私は、上記の者を代理人と定め、東京都医師国民健康保険組合への再交付の手続きを委任します。

令　和　　年　　月　　日

委　任　者
第１種・第３種組合員
事業主（雇用主）

下記に、代理人の身分証の写しを貼付してください。（例：運転免許証、パスポート等の写し）

身分証　貼付欄