

記号・番号	道医	・		一							一			(准組合員)

申請者（組合員又は准組合員）

【必要書類】 確認して✓をつけてください。

☐ 申請者の身元確認書類のコピー（運転免許証、マイナンバーカード、パスポートなど顔写真付きのもの）
 ※本人になりすました第三者からの虚偽の申請を防止するため、必ず添付してください。

上記のとおり、必要書類を添えて申請します。

失った書面を発見したときは、ただちに返還します。

なお、失った書面のために生じた事故については、貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。

申請年月日		令和 年 月 日											
申請者 (組合員又は 准組合員)	住所 (住民票記載の住所)	北海道											
	氏名												
	個人番号(マイナンバー)												

北海道医師国民健康保険組合理事長 様

- ・ 組合員又は准組合員が申請者となり、本人およびその家族である被保険者について申請を行ってください。
- ・ 書面を失った事により被保険者番号が不明の場合は記入不要です。その場合、再交付を希望する被保険者の個人番号（マイナンバー）を記入してください。
- ・ マイナ保険証（保険証利用登録がされたマイナンバーカード）を保有している方の資格確認書を再交付する事はできません。
- ・ マイナ保険証（保険証利用登録がされたマイナンバーカード）を保有していない方の資格情報のお知らせを再交付する事はできません。

回収(破損・汚損)			
1	/	お知らせ	資格確認書
2	/	お知らせ	資格確認書
3	/	お知らせ	資格確認書
4	/	お知らせ	資格確認書
5	/	お知らせ	資格確認書

