

被保険者証・高齢受給者証 紛失・破損届

様式第22号

・各欄の申請書等では知まり得たの組に合し及び選被保険者はあ情てはまる法に定めをるつけ合をく除きさい組合不業務がある目的とき外は利再提出を願はありませんとが

記号・番号 (第3種組合員の方は組合員証番号)		道医		—		—		(准組合員)	
被 保 険 者	1	氏名	(姓)	(名)		生年月日	昭・平・令 年 月 日		
		個人番号 (マイナンバー)					証の種類	☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証	
	2	氏名	(姓)	(名)		生年月日	昭・平・令 年 月 日		
		個人番号 (マイナンバー)					証の種類	☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証	
	3	氏名	(姓)	(名)		生年月日	昭・平・令 年 月 日		
		個人番号 (マイナンバー)					証の種類	☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証	
	4	氏名	(姓)	(名)		生年月日	昭・平・令 年 月 日		
		個人番号 (マイナンバー)					証の種類	☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証	
	5	氏名	(姓)	(名)		生年月日	昭・平・令 年 月 日		
		個人番号 (マイナンバー)					証の種類	☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証	
証が使用できなくなった理由 (その他の場合は詳細を記入)				☐ 紛失 ☐ 汚損・破損(証を添付) ☐ 盗難 ☐ その他()					
【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、パスポート、マイナンバーカードなど顔写真付きのもの) ※本人になり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、必要書類を添えて届けます。 また、このことにより必要となる証等の交付を申請します。 失った証を発見したときは、ただちに返納します。 なお、失った証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。									
届出年月日						令和 年 月 日			
申請者 (組合員又は准組合員)		現住所 (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									

注意

- 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。
- 証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、被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入してください。
- この届が提出された場合、被保険者のマイナ保険証(保険証利用登録がされたマイナンバーカード)の保有状況等により必要に応じて、資格確認書、資格情報のお知らせ、高齢受給者証等を交付します。
- この届は、資格確認書または資格情報のお知らせの交付を受けている方は提出の必要がありません。

事務局記入欄

交付				
1	有	お知らせ	無	資格確認書 高齢証
2	有	お知らせ	無	資格確認書 高齢証
3	有	お知らせ	無	資格確認書 高齢証
4	有	お知らせ	無	資格確認書 高齢証
5	有	お知らせ	無	資格確認書 高齢証

回収	被保険者証	高齢受給者証
1	／	／
2	／	／
3	／	／
4	／	／
5	／	／

受付日付印

