

理事長	常務理事	事務長	係	年 月 日 起案 年 月 日 決裁

資格確認書・資格情報のお知らせ再交付申請書

被保険者番号		組合員氏名	
--------	--	-------	--

※太枠のみご記入ください。

再 交 付 す る 者	1	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	性別	組合員 との続柄	書類の種類	
			昭和 平成 年 月 日 令和	男・女		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報の お知らせ	
		個人番号（マイナンバー）（12 ケタ）					
	2	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	性別	組合員 との続柄	書類の種類	
			昭和 平成 年 月 日 令和	男・女		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報の お知らせ	
		個人番号（マイナンバー）（12 ケタ）					
	3	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	性別	組合員 との続柄	書類の種類	
			昭和 平成 年 月 日 令和	男・女		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報の お知らせ	
		個人番号（マイナンバー）（12 ケタ）					

再交付の理由	☐ 紛失 ☐ 盗難 ☐ 破損 ☐ 汚損
	☐ その他（詳細 紛失時の状況

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日（提出日）

申請者 住 所
(組合員)

氏 名
(申請者が従業員の場合、事業主組合員の署名をお願いします)

事業主組合員氏名

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

※再発行を希望する書類が「資格確認書」の場合は、様式第 1 2 号－ 2 も記入の上ご提出ください。

確認書・お知らせ交付日	令和 年 月 日
-------------	----------

誓 約 書

静岡県薬剤師国民健康保険組合資格確認書の再交付を受けるにあたり、
下記事項の責任は私にあり静岡県薬剤師国民健康保険組合には迷惑をかけない
ことを誓約いたします。

新資格確認書受領後は、保管に充分注意することを誓約いたします。

- 1 紛失した旧資格確認書を第三者が故意に使用したために生じた場合の療養取扱
機関に対する責務を負うこと
- 2 紛失した旧資格確認書が発見された場合は、二重使用をしないため速やかに
旧資格確認書を組合に返還すること
万一、二重使用により生じた損害に対してはその損害の一切を負担すること

令和 年 月 日（提出日）

申請者 住 所

（組合員） 氏 名 ⑩

（シャチハタ不可）

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様