

資格情報のお知らせ (再) 交付申請書

被保険者証記号・番号		全 歯		—	
後期高齢者組合員証番号					
氏 名		性 別	マイナ保険証利用登録状況 (全国歯確認済)		
組 合 員		男・女	マイナ保険証利用登録 有 ・ 無		
個人番号 マイナナンバー					
家 族		男・女	マイナ保険証利用登録 有 ・ 無		
個人番号 マイナナンバー					
家 族		男・女	マイナ保険証利用登録 有 ・ 無		
個人番号 マイナナンバー					
家 族		男・女	マイナ保険証利用登録 有 ・ 無		
個人番号 マイナナンバー					
家 族		男・女	マイナ保険証利用登録 有 ・ 無		
個人番号 マイナナンバー					
家 族		男・女	マイナ保険証利用登録 有 ・ 無		
個人番号 マイナナンバー					
家 族		男・女	マイナ保険証利用登録 有 ・ 無		
個人番号 マイナナンバー					
家 族		男・女	マイナ保険証利用登録 有 ・ 無		
個人番号 マイナナンバー					
家 族		男・女	マイナ保険証利用登録 有 ・ 無		
個人番号 マイナナンバー					
交付申請の理由					
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日					
(事業主) 1種組合員 住 所 〒					
後期高齢者組合員					
氏 名					
電話番号 ( — — )					
全国歯科医師国民健康保険組合理事長殿					

届出入力	新番号	被保険者台帳
	全歯	

支部長	支部常務	係



※組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用することはありません。