決裁	常務理事	事務長	課長	係
	令和　　年　　月　　日			

様式第４号

国民健康保険 資格確認書 高齢受給者証 再交付申請書

被保険者記号・番号	記号	番号	再交付を受ける証	
	福医			

再交付を受ける被保険者氏名	性別	生年月日	個人番号	組合員との続柄	再交付申請の理由
		年　月　日			
		年　月　日			
		年　月　日			
		年　月　日			
		年　月　日			
		年　月　日			

上記のとおり届けます。

令和　　年　　月　　日　提出

〒□□□-□□□□　TEL（　　）　　－

甲種組合員　住　所

氏　名　　印

（※自署の場合は押印不要。自署以外の場合、記名押印）

福岡県医師国民健康保険組合理事長　殿

・甲種組合員の資格確認書・高齢受給者証の再交付については、身元確認書類（医師資格証、運転免許証、旅券、個人番号カード表面（顔写真つきのもの）などの写し）を申請書に添付して下さい。

処理欄	受付印	電算入力	資格確認書交付

(2025.03)