資格情報のお知らせ（再）交付申請書

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

支部受理
受付印

C-2

※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。