

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 ー		
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			
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 (ー ー)			
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

