

支部受付印	
-------	--

決裁欄	事務局長	係長	係

本部受付印	
-------	--

資格情報のお知らせ再通知申請書

再通知年月日
年 月 日

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿

■ 太枠の中を漏れなく記入してください。

下記のとおり申請します。

申請年月日	記号	番号	組合員氏名	フリガナ
年 月 日	92-			
組合員住所				個人番号(マイナンバー)
〒 _____ 都道府県 _____ 電話番号 () _____				
該当者氏名		組合員との続柄	生年月日	個人番号(マイナンバー) <small>※組合員は省略可</small>
フリガナ			昭・平・令 年 月 日	
フリガナ			昭・平・令 年 月 日	
フリガナ			昭・平・令 年 月 日	
フリガナ			昭・平・令 年 月 日	
再通知申請の理由	※紛失した場所や時間、状況など詳細をご記入ください。			

※申請する時は、事業主による個人番号の確認を受けてください。

■事業主確認欄 上記「組合員」の個人番号に誤りがないことを確認しました。

住所	〒 _____ 都道府県 _____ 電話番号 () _____		
事業所名		事業主名	