

様式4
記入例

理事受理日：平成		年	月	日
理事長	常務理事	事務長	係	

国民健康保険被保険者証等紛失届兼再交付申請書

平成 年 月 日

※届出は14日間以内でお願いします。

内容記入欄	再交付希望被保険者	記号番号 石医 -	個人番号		
		氏名	再交付を必要とする被保険者の氏名等を記入ください		
		生年月日	昭和 年 月 日	性別	男・女
	再交付を必要とするもの	*該当するものにチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証			
	再交付申請の理由	*該当するものにチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 (紛失の場合はその時の状況等)			

上記のとおり届け出ます。
なお、失った被保険者証等が見つかった場合には、ただちに組合に返納することを誓約します。

平成 年 月 日	個人番号
1種組合員（医師）又は1種・3種組合員家族（医師家族）の再交付希望は、1種組合員又は3種組合員（医師）の氏名等を記入、捺印ください。 2種組合員（従業員）又は2種家族（従業員家族）の再交付希望は、2種組合員（従業員）の氏名等を記入、捺印ください。	
住所 氏名	①

医師の署名欄	2種組合員（従業員）が申請される場合は、事業主である医師の署名が必要です。
1種・3種組合員（医師）	氏名 ①

石川県医師国民健康保険組合 理事長様

■組合記入欄

交付日	交付方法	本人確認	備考
平成 年 月 日	対面・郵送	免許証（ ） その他（ ）	