

受 付 印

理事受理日：令和		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

※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																		
		生年月日	昭和 平成 令和	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。

令和	年	月	日	個人番号															
住 所 〒 —																			
組合員																			
氏 名				Ⓜ															

医師の署名欄			
1種・3種組合員（医師） 氏 名			
Ⓜ			

石川県医師国民健康保険組合 理 事 長 様

■組合記入欄

保険証返還	保険証交付	番号確認	本人確認	備 考
月 日	月 日	月 日	月 日	対面 ・ 郵送
対面 ・ 郵送	対面 ・ 郵送	提出 組合員 被保険者	提出書類 免許証・パスポート・その他	