様式４

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　　年　　月　　日 令和	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。 ☐ 国民健康保険被保険者証 ☐ 国民健康保険高齢受給者証 ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 国民健康保険限度額適用認定証 ☐ 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。 ☐ 紛失　☐ 汚損　☐ 破損 （紛失の場合はその時の状況等）				

上記のとおりに届け出ます。
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

（あて先）
石川県医師国民健康保険組合理事長

■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 対面 ・ 郵送	月　日 対面 ・ 郵送	月　日 提　出 組合員　被保険者	月　日 提出書類 免許証・パスポート・その他	対面 ・ 郵送