

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

※届出は14日間以内でお願いします。

内 容 記 入 欄	紛失した被保険者	記号番号	石医 ー	個人番号																
		氏 名																		
		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男	・	女										
	紛失したもの	<p>*該当するものにチェックをお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証</p> <p><input type="checkbox"/> 国民健康保険高齢受給者証</p> <p><input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証</p> <p><input type="checkbox"/> 国民健康保険限度額適用認定証</p> <p><input type="checkbox"/> 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証</p>																		
	紛失の理由																			

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 〒 ー																				
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	