

受 付 印

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

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	紛失した被保険者	記号番号	石医 一	個人番号					
		氏 名							
		生年月日	昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女				
		紛失したもの	*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						
	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。

平成 年 月 日	個人番号					
住所 〒 一						
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 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