

常務理事			事務長	係
庶務	会計	業務		

国民健康保険被保険者証再交付申請書（医師組合員用）

記入不要 ⇒

交付年月日	年	月	日
有効期限	年	月	日

*太線枠内のみご記入ください。

被保険者証記号・番号		記号	番号		
		長崎	01000000		
被 保 険 者	氏名	性別	生年月日	個人番号	医師組合員との続柄
	国保太郎	男	昭・平 42年7月8日		本人
	国保二郎	男	昭・平 20年1月6日		二男
			昭・平		
			昭・平		
			昭・平		
再交付理由	紛失のため				
上記のとおり申請します。					
平成 28 年 10 月 10 日					
〒 〇〇〇-〇〇〇〇					
住 所 長崎市〇〇町〇〇番〇〇号					
医師組合員 氏 名 国保太郎					
個人番号					
長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿					

様式第四号

注意事項	1. 紛失した場合には、直ちにもよりの警察署へ紛失届を提出してください。 2. 被保険者証を破り、または汚した場合の再交付申請については、その被保険者証を添付してください。 3. 再交付を受けた後、失った被保険者証を発見したときは、発見した被保険者証を返還してください。
------	---

※ 必要添付書類については、裏面をご参照ください。