

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（従業員組合員用）

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	01000012				
被 保 険 者	氏名	性別	生年月日	個人番号			従業員組合員との続柄
	看護師 花子	女	昭・平 55年10月10日				本人
	看護師 次郎	男	昭・平 25年11月11日				二男
			昭・平				

様式第四号

再交付理由

紛失のため

上記のとおり届けます。

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



本届出を上記医師組合員に委任します。

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地〇〇

従業員組合員

氏名 看護師 花子



個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。