

事務員
事務長補佐
事務長
常務理事
副理事長
理事長

回覧

受付
・一般
・特定

国民健康保険被保険者証再交付申請書 (紛失届)

被保険者証記号番号		再交付申請の証	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証
被 保 険 者	氏名	性別	生年月日
		男女	昭和・平成・令和 年 月 日
		個人番号	
		男女	昭和・平成・令和 年 月 日
		個人番号	
		男女	昭和・平成・令和 年 月 日
	個人番号		
紛失又は汚損の事由			
注) ・紛失の事由は詳細を記入 ・汚損は被保険者証を添付			
上記のとおり申請します。			
令和 年 月 日			
医療機関住所			
第一種組合員 医療機関名			
氏 名 (印)			
山梨県医師国民健康保険組合理事長 殿			

誓約書

被保険者証を発見したときは、直ちに返納します。
なお万が一、被保険者証紛失のために発生した事故については、貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。

令和 年 月 日

医療機関住所

第一種組合員 医療機関名

氏 名 (印)

届出代行者 事業所名称
担当者名
連絡先電話番号