

常務理事	事務次長	課長	係

国民健康保険被保険者証再交付申請書

太枠内のみ記入してください

組合員の 記号・番号	.	組合員氏名		
被 保 険 者	氏 名	性 別	続 柄	生 年 月 日
	1	男・女		昭・平 年 月 日
	2	男・女		昭・平 年 月 日
	3	男・女		昭・平 年 月 日
	4	男・女		昭・平 年 月 日
	5	男・女		昭・平 年 月 日
	6	男・女		昭・平 年 月 日
	7	男・女		昭・平 年 月 日
現住所 (自宅)	〒 -			
再交付申請理由		汚損・破損・亡失		
上記のとおりお届けします。				
平成 年 月 日				
医師組合員氏名 (事業主名)				㊟
従業員組合員氏名				㊟
大分県医師国民健康保険組合理事長 殿				

1. 汚損もしくは破損の場合の申請には、その被保険者証を添付してください。
1. 亡失の場合の申請には、被保険者証紛失届を添付してください。
1. 亡失した被保険証を発見したときには、その被保険者証を組合まで返還してください。

組 合 使 用 欄	
被保険者証	異動整理簿