

決裁年月日		年 月 日			
理事長	副理事長	常務理事		事務長	課長 係

国民健康保険被保険者証再交付申請書		
被保険者証の記号番号		
被 保 険 者	氏 名	生 年 月 日
		昭・平・令 . .
		昭・平・令 . .
		昭・平・令 . .
		昭・平・令 . .
		昭・平・令 . .
再交付申請の理由	A：紛失 B：毀損	注意 { <ul style="list-style-type: none"> ◦ 該当理由を「マル」で囲んで下さい。 ◦ B の場合には旧被保険者証を添えて届けて下さい。
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組合員住所</p> <p>氏 名 ㊞</p> <p>※第二種組合員が紛失された場合は、第二種組合員が申請者となります。</p> <p>三重県歯科医師国民健康保険組合理事長 様</p>		

※添付書類…申請者の顔写真付き身分証明書（写）

（例：運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等）