

理事長	常務理事	事務長	係	年	月	日起案
				年	月	日決裁

国民健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証記号番号

再 交 付 す る 者	1	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	性別	申請者との続柄						
		昭 平 令 和	年 月 日	男・女							
		個人番号(マイナンバー)(12ケタ)									
	2	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	性別	申請者との続柄						
		昭 平 令 和	年 月 日	男・女							
		個人番号(マイナンバー)(12ケタ)									
	3	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	性別	申請者との続柄						
		昭 平 令 和	年 月 日	男・女							
		個人番号(マイナンバー)(12ケタ)									
	4	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	性別	申請者との続柄						
		昭 平 令 和	年 月 日	男・女							
		個人番号(マイナンバー)(12ケタ)									

再 交 付 の 理 由

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日 (提出日)

申請者 住 所
(組合員)

氏 名 ㊟

(申請者が従業員の場合、事業主組合員の署名・捺印(シャチハタ印不可)をお願いします)

事業主組合員氏名 ㊟

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

保険証作成日 年 月 日

誓 約 書

このたび被保険者証を紛失したので、別紙国民健康保険被保険者証再交付申請書により再交付をお願いいたします。新被保険者証受領後は下記事項を厳守し、保管に充分注意することを誓約いたします。

記

- 1 家屋内紛失で、その後旧被保険者証が発見された場合は、直ちに旧被保険者証を組合に返還いたします。
- 2 家屋外で紛失し、万一他人に拾得され悪用された場合、その不正使用による医療費については組合へ弁償の責を負います。

令和 年 月 日 (提出日)

住 所
申請者

氏 名

㊞

(シャチハタ印不可)

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様