

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等再交付申請書

被保険者証記号番号	組合員氏名
-----------	-------

※太枠のみご記入ください。

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	
			昭和 平成 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	
			昭和 平成 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	
			昭和 平成 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	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 (詳細 紛失時の状況)

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 令和 年 月 日

誓 約 書

静岡県薬剤師国民健康保険組合被保険者証等の再交付を受けるにあたり、
下記事項の責任は私にあり静岡県薬剤師国民健康保険組合には迷惑をかける
ことを誓約いたします。

新被保険者証受領後は、保管に充分注意することを誓約いたします。

- 1 紛失した被保険者証を第三者が故意に使用したために生じた場合の療養取扱機関
に対する責務を負うこと
- 2 紛失した旧被保険者証が発見された場合は、二重使用をしないため速やかに
旧被保険者証を組合に返還すること
万一、二重使用により生じた損害に対してはその損害の一切を負担すること

令和 年 月 日（提出日）

申請者 住 所

（組合員） 氏 名

⑨

（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