

決 裁	理事長	事務長	課長(補)	係

台帳	データ入力	被保険者証
		発行
		回収

受付日

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																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

個人番号 (マイナンバー)																			
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

該当する番号に○印

- 1 第一種組合員被保険者証
- 2 世帯員被保険者証
- 3 第二種組合員被保険者証
- 4 第一種組合員高齢受給者証
- 5 世帯員高齢受給者証
- 6 第二種組合員高齢受給者証

紛失者氏名 (第一種組合員・特別組合員との続柄)	
紛失の原因	
紛失したことを証明する事項 (例 警察への届出日時)	

上記事由により 紛失 いたしましたので再交付を申請いたします。
毀損

年 月 日

〒

第一種組合員(医師) 住 所
特別組合員 氏 名

長野県医師国民健康保険組合理事長 殿

誓 約 書

被保険者証・高齢受給者証を紛失いたしましたので、被保険者証・高齢受給者証の有効期限までに万一問題が生じた場合は、一切の責任を私が負います。

年 月 日

第一種組合員・特別組合員・第二種組合員
氏名

印

長野県医師国民健康保険組合理事長 殿

※ 注意事項

- 1 紛失原因を詳細に記入して下さい。

(R4.1)