回覧	理事長	副理事長	常務理事	事務長	主任	主事	担当	特定・一般	受　付

国民健康保険被保険者資格再交付申請書（紛失届）

記号番号				
氏　　名	性　別	生　年　月　日	再交付申請の証 （該当するものに〇をして下さい。）	
	男　女	昭和・平成・令和 年　　月　　日	・資格確認のお知らせ ・資格確認書 ・高齢受給者証	
	個人番号			
	男　女	昭和・平成・令和 年　　月　　日	・資格確認のお知らせ ・資格確認書 ・高齢受給者証	
	個人番号			
	男　女	昭和・平成・令和 年　　月　　日	・資格確認のお知らせ ・資格確認書 ・高齢受給者証	
	個人番号			
紛失又は汚損の事由 注）・紛失の事由は詳細を記入 ・汚損は被保険者証を添付				

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

医療機関住所

第一種組合員　医療機関名

氏　　名　　㊞

山梨県医師国民健康保険組合理事長　　殿

誓　約　書

原本を発見したときは、直ちに返納します。

なお万が一、証が紛失のために発生した事故については、貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。

令和　　年　　月　　日

医療機関住所

第一種組合員　医療機関名

氏　　名　　㊞

届出代行者　事業所名称
担当者名
連絡先電話番号