

回 覧	理事長	副理 事長	常務 理事	事務長	課長 補佐	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○をして下さい。)						
	男 女	昭和・平成・令和 年 月 日			<ul style="list-style-type: none"> ・資格確認のお知らせ ・資格確認書 ・高齢受給者証 						
	個人番号										
氏 名	性 別	生 年 月 日			再交付申請の証 (該当するものに○をして下さい。)						
	男 女	昭和・平成・令和 年 月 日			<ul style="list-style-type: none"> ・資格確認のお知らせ ・資格確認書 ・高齢受給者証 						
	個人番号										
氏 名	性 別	生 年 月 日			再交付申請の証 (該当するものに○をして下さい。)						
	男 女	昭和・平成・令和 年 月 日			<ul style="list-style-type: none"> ・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											
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関住所</p> <p>第一種組合員 医療機関名</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p> <p style="text-align: right;">山梨県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>											
誓 約 書											
<p>原本を発見したときは、直ちに返納します。</p> <p>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ることを誓約いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関住所</p> <p>第一種組合員 医療機関名</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p>											

届出代行者 事業所名称
担当者名
連絡先電話番号