

常務理事	理事	事務長	担当者	発行年月日	保険証	高齢
				令和 年 月 日 A B C D		

受付日付印



◎ 破損により再交付申請する場合はその証を添付してください

国民健康保険被保険者証・組合員証 再交付申請書(紛失届)					
被保険者証又は組合員証の記号番号	宮医 A	紛失年月日	令和 年 月 日		
再交付を受ける方の氏名	第1種組合員との続柄	性別	生年月日	再交付証区分(該当を○で囲む)	
	例)従業員	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	1. 被保険者証 2. 組合員証(75歳以上の医師) 3. 高齢受給者証	
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	1. 被保険者証 2. 組合員証(75歳以上の医師) 3. 高齢受給者証	
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	1. 被保険者証 2. 組合員証(75歳以上の医師) 3. 高齢受給者証	
警察への届出 有・無	紛失の状況を具体的に ご記入ください (例:財布ごと落とした、ゴミと一緒に廃棄した)				
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>被保険者証を発見したときは、見つかった保険証をただちに返納します。 なお、被保険者証紛失のため生じた事故については、貴組合に負担をかけることを誓約いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 (届出日)</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p>第1種組合員 住所 _____ (医師) 氏名 _____ ④ TEL () -</p> <p>第2種組合員 氏名 _____ ④ ※第2種組合員又は家族が紛失した場合に記入 (従業員)</p> <p>宮城県医師国民健康保険組合理事長 様</p>					

※所属支部(都市医師会)を経由して届け出てください

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	④
-----------------------	---

【支部記入欄】

() 支部長	受付・処理年月日	台帳整理	備考
④	令和 年 月 日	④	

※当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。