

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	再交付証区分(該当を○で囲む)
	例)従業員	男・女	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	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	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	再交付申請の理由(具体的に) 例)財布ごと落とした、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、ただちに返納します。</p> <p>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ない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 _____ ⑤ TEL () -</p> <p>第2種組合員 氏名 _____ ⑤ ※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	⑤
-------------------	---

【支部記入欄】

() 支部長	受付・処理年月日	台帳整理	備考
⑤	令和 年 月 日	⑤	

※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。