国民健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証の記号番号	32－

	氏　名 (マイナンバー) （再交付を受ける方の氏名等をお書きください）	続　柄	性　別	生年月日	備　考
被保険者		本　人		昭和・平成　年　月　日	
				昭和・平成　年　月　日	
				昭和・平成　年　月　日	
				昭和・平成　年　月　日	

再交付申請の理由	紛失・盗難・破損・その他（　　）

上記のとおり**世帯全員分の住民票（３か月以内のもの）**を添えて申請いたします。

平成　　年　　月　　日

組合員　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

神奈川県歯科医師国民健康保険組合理事長殿

誓　約　書

再交付前の被保険者証の事故については、貴組合に負担をかけないことを誓約します。

平成　　年　　月　　日

組合員氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

地域歯科医師会名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　院長氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

注　意

紛失等された被保険者証については、悪用される場合がありますので、最寄りの警察署に紛失の届け出をしてください。

再交付を受けた後、再交付前の被保険者証を発見したときは、ただちに発見した被保険者証をお返しください。

受付年月日	受付番号	被保険者証発行年月日

決裁	事務長	担当