

様式4  
**記入例**  
受付欄

理事受理日：令和 年 月 日			
理事長	常務理事	事務長	係

### 国民健康保険被保険者証等紛失届兼再交付申請書

※届出は14日間以内でお願いします。

再交付希望 被保険者	記号番号	石医 ー	個人番号																	
	氏名	再交付を必要とする被保険者の氏名等を記入ください																		
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男	・	女											
内容記入欄	再交付を必要とするもの	*該当するものにチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証																		
	再交付申請の理由	*該当するものにチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 (紛失の場合はその時の状況等)																		

上記のとおりに届け出ます。  
なお、失った被保険者証等が見つかった場合には、ただちに組合に返納することを誓約します。

令和 年 月 日	個人番号																			
1種組合員（医師）又は1種・3種組合員家族（医師家族）の再交付希望は 1種組合員又は3種組合員（医師）の氏名等を記入、捺印ください。 2種組合員（従業員）又は2種家族（従業員家族）の再交付希望は、2種組合員（従業員） の氏名等を記入、捺印ください。																				
氏名 ⑩																				
医師の署名欄 2種組合員（従業員）が申請される場合は、事業主である医師の署名が必要です。 1種・3種組合員（医師） 氏名 ⑩																				

石川県医師国民健康保険組合 理事長様

#### ■組合記入欄

保険証返還	保険証交付	番号確認	本人確認	備考
月 日 対面・郵送	月 日 対面・郵送	月 日 提出 組合員 被保険者	月 日 提出書類 免許証・パスポート・その他	対面・郵送