

# 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	奈組 1. ↑ 組合で記入します		
加入被保険者名	続柄	性別	生年月日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
再交付申請の理由	紛失 ・ 破損 ・ 盗難		

上記のとおり申請します（再交付により証番号が変わるため、同じ証番号の被保険者証は回収となります）。

**紛失者以外の旧証は、この申請書に添えて返却してください。また、限度額適用認定証、高齢受給者証をお持ちの場合、変更の必要があるため同封してください。**

※再交付料の徴収については、第1種組合員の奈良県歯科医師会会費引落口座より徴収することを承諾します。

令和 年 月 日

第1種組合員 診療所住所 \_\_\_\_\_  
 診療所名 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

第 種組合員 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

交付・訂正日	異動整理簿	データ入力日	事務長	次長	係員

# 始 末 書

第1種組合員 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

第 種組合員 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

今般、私の不注意により被保険者証を紛失いたしました。  
今後、充分注意いたしますので再発行をお願い申し上げます。

令和 年 月 日

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿