

再交付申請書 (国民健康保険被保険者証等)

●太枠内に正確にご記入ください。※印は記入しないでください。

被保険者証の記号番号		1234 - 012340		決	理事	常務	事務	担当	決	裁	年	月	日	処	入	力	照	合
				裁					平	成	年	月	日	理				
再交付を必要とする被保険者の氏名		組合員との続柄	性別	生 年 月 日		再交付する被保険者証等			備 考									
1	(氏) 国保	(名) 一郎	本人	男	大昭平	45 . 9 . 28		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
2	(氏) 国保	(名) 花子	妻	男	大昭平	46 . 2 . 5		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
3	(氏)	(名)		男	大昭平	. .		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
4	(氏)	(名)		男	大昭平	. .		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
5	(氏)	(名)		男	大昭平	. .		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
6	(氏)	(名)		男	大昭平	. .		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
再交付申請の理由		<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> その他 ( )										※ 保険証等回収		全 部 一 部				
再交付理由の詳細		具体的 (いつ、どこで、どのように) に記入してください。 バックに入れ持ち歩いていたが、見当たらなかったため										※ 受領証回収						
誓 約 事 項		1. 紛失した保険証を発見した場合は、速やかにこれを返納します。 2. 紛失した保険証を他人が使用したため、保険医療機関より医療費等の請求があった場合は、請求額一切について責任をもって弁済いたします。										※ 新被保険者証の記号番号						
上記の理由により誓約事項を承諾の上、再交付を申請します。												本 部 受 付 欄		支 部 受 付 欄				
住 所 名古屋市北区清水五丁目6番9号																		
平成 22 年 4 月 24 日 組合員 氏 名 国保一郎 ㊟												本 部 受 付 印		支 部 受 付 印				
愛知建連国民健康保険組合理事長 殿 電話番号 ( 052 ) 982 - 5736																		

記入にあたっては裏面をよく読んで記入してください。