

決 裁	常務理事	事務長	課 長	係

## 被保険者証 再交付申請書

被 保 険 者 証 記 号 番 号	
歯 国	—
甲種組合員氏名 該当の または 乙種組合員氏名	
再交付を希望する方の 氏名を記入してください	フリガナ <span style="float: right;">続 柄</span>
	氏 名
	フリガナ <span style="float: right;">続 柄</span>
	氏 名
	フリガナ <span style="float: right;">続 柄</span>
	氏 名
	フリガナ <span style="float: right;">続 柄</span>
氏 名	
紛失した時期(気づいた日)	平成 ・ 令和      年      月      日頃
理由(該当に ○印)	1. 紛 失      2. 汚損又は破損※      3. 盗 難 <small>※2.の場合は被保険者証を添付してください</small>
紛失した場所 (詳細に記載の上、 該当に ○印)	都道府県      市郡      区町村 丁目      番地      付近 (1. 家の中    2. 屋外)
再交付を受けるに至った 状況を、詳細にご記入く ださい	

上記のとおりお届けいたします。尚、当該当証が不正に使用された場合は、その一切の責を申請者である私が負い、貴組合、保険医療機関他に対して何らご迷惑はおかけいたしません。また、当該証の再交付を受けた後に失った証を発見した場合は、ただちに返還すると共に、今後保管等に十分に留意をし、再度紛失等のないよう、上記記載事項の了承とあわせて誓約いたします。

令和      年      月      日

申請者住所 〒 \_\_\_\_\_

(組合届出住所) \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

(組合員氏名) \_\_\_\_\_

(印)

Tel \_\_\_\_\_

大阪府歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

受付日	再交付年月日	受領印
月 日	月 日	