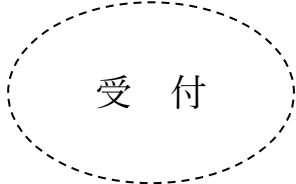


再交付申請書



被保険者証 記号番号	歯国		.			-	
組合員本人 氏名							
再交付を 希望する方	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()						
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 (警察へ届出してください)			<input type="checkbox"/> 破損・汚損 (破損した証を添付して下さい)			
申請理由 の詳細							

上記のとおり申請いたします。なお、当該証が不正に利用された場合は、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を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ともに、今後保管等に十分留意をし、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。

(被保険者証は、クレジットカード等と異なり、使用停止等が出来ませんので、必ず警察署へお届け願います。)

大阪府歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

組合員本人 氏名※	(個人印)	住所	〒	TEL
	Ⓜ			

※(申請対象：甲種本人・家族 → 甲種組合員本人記載) (申請対象：乙種本人・家族 → 乙種組合員本人記載)

常務理事	事務長	課長	確認	係	証交付	受領者
					月 日	<input type="checkbox"/> 郵送
						<input type="checkbox"/> 窓口

記載例

再交付申請書

受付

被保険者証 記号番号	歯国	1	2	・	0	1	2	3	-	0	0	1
組合員本人 氏名	国保 太郎											
再交付を 希望する方	国保 太郎											
	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	国保 花子											
	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (限度額適用認定証)											
	国保 次郎											
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()												
<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()												
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 (警察へ届出してください)						<input type="checkbox"/> 破損・汚損 (破損した証を添付して下さい)					
申請理由 の詳細	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> 紛失した場所・状況を詳細に記載して下さい。 </div>											

上記のとおり申請いたします。なお、当該証が不正に利用された場合は、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を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ともに、今後保管等に十分留意をし、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。

(被保険者証は、クレジットカード等と異なり、使用停止等が出来ませんので、必ず警察署へお届け願います。)

大阪府歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

組合員本人 氏名※	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> 再交付の対象となる組合員世帯の組合員本人の記載・押印 (事業主の印は不可) </div>											
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※(申請対象：甲種本人・家族 → 甲種組合員本人記載) (申請対象：乙種本人・家族 → 乙種組合員本人記載)

常務理事	事務長	課長	確認	係	証交付	受領者
					月 日	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口