

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	令和 年 月 日			

国民健康保険被保険者証再交付申請書
高齢受給者証

被保険者証 記号・番号	記号		番号				再交付を 受ける証	被保険者証・高齢受給者証			
	福医										
再交付を受ける 被保険者氏名			性別	生年月日			個人番号			組合員 との続柄	再交付申請の理由
			男 女	昭・平・令 年 月 日							① 紛失 ② き損
			男 女	昭・平・令 年 月 日							① 紛失 ② き損
			男 女	昭・平・令 年 月 日							① 紛失 ② き損
			男 女	昭・平・令 年 月 日							① 紛失 ② き損
			男 女	昭・平・令 年 月 日							① 紛失 ② き損

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日 提出

〒 □□□ □□□□ TEL () -

甲種組合員 住所
氏 名

印

福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿

(※自署の場合は押印不要。自署以外の場合、記名押印)

・被保険者証の再交付については、1枚につき1,000円の手数料を徴収することになっております。
つきましては、下記のいずれかの方法にてご送金下さい。
なお、銀行振込による送金の場合は、振込書のコピーを申請書に添付して下さい。
①組合事務局窓口支払い
②現金書留
③振込み 福岡銀行 本店 普通預金 535424
口座名義 福岡県医師国民健康保険組合
(振込手数料は申請者負担)
・甲種組合員の被保険証・高齢受給者証の再交付については、身元確認書類（医師資格証、運転免許証、旅券、
個人番号カード表面(顔写真つきのもの)などの写し)を申請書に添付して下さい。

処理欄	受付印	交付手数料	電算入力	被保険者証 交 付	領収書