

| | | | | |
|----|----------|-----|----|---|
| 決裁 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 |
| | | | | |
| | 平成 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 福医 | 0 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 0 | 0 | 再交付を 受ける証 | 被保険者証 | 高齢受給者証 |
| 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 | | | |
| 国保花子 | 男 女 | 昭 平 | 〇〇年〇〇月〇〇日 | 2 | 3 | 4 | 5 | × | × | × | × | 妻 | ① 紛失 ② き損 |
| | 男 女 | 昭 平 | 年 月 日 | | | | | | | | | | ① 紛失 ② き損 |
| | 男 女 | 昭 平 | 年 月 日 | | | | | | | | | | ① 紛失 ② き損 |
| | 男 女 | 昭 平 | 年 月 日 | | | | | | | | | | ① 紛失 ② き損 |
| | 男 女 | 昭 平 | 年 月 日 | | | | | | | | | | ① 紛失 ② き損 |

上記のとおり届けます。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出

〒 812-0016 TEL (092) 431 - 1988

甲種組合員 住 所 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号
氏 名 国保太郎



福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿

・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 |
| | | | | | |