

担当理事	事務長	担当

※ 分かる範囲でご記入ください。

国民健康保険被保険者証再交付申請書（紛失届）				
紛失した被保険者証	記号	〇〇 歯	番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
紛失直近に給付を受けたもの	被保険者氏名 (紛失した方の御名前)	〇〇 〇〇 (再交付を希望される方のお名前)		
	保険医療機関名	〇〇 歯科医院	受診年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
紛失の経過	(例) 〇〇月〇〇日、外出中財布を紛失し、その中に被保険者証を入れていました。警察への届出は済んでいます。			
<p>上記のとおり紛失したので再交付を申請いたします。</p> <p>平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p style="text-align: right;">住所 ご自宅または診療所の住所 組合員 氏名 組合員のお名前 ⑩</p> <p>茨城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>				
誓約書				
<p>被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。なお被保険者証紛失のために生じた事故については、貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。</p> <p>平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 組合員のお名前 ⑩</p>				
処理てんまつ	※ 紛失した被保険者証の返還年月日 年 月 日			

(注) ※印には記載しないこと。