

理 事 長	常務理事	事 務 長	担 当

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	歯	番 号	
	個 人 番 号			
紛失直近に給付を受けたもの	被保険者氏名 (紛失した方の氏名)			
	保 険 医 療 機 関 名		受 診 年 月 日	年 月 日
紛失の経過				
<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>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>組合員 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>茨城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>				
<h2>誓 約 書</h2> <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>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 印</p>				
処理てんまつ (組合記入欄)	紛失した被保険者証の返還年月日 年 月 日			

<個人番号の利用について>

当組合は、被保険者及び被扶養者の個人番号を、番号法別表第三十項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保険事業の実施に関する事務」において適用、給付及び徴収業務で使用します。
 ※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。