

常務理事	事務長	係員

様式第1の(3)

国民健康保険被保険者証交付申請書 (紛失届)

紛失した被保険者証	記号	医	番 号						
紛失直近に給付を受けた者	保険医療機関名			受 診 年 月 日	平成 年 月 日				
	被保険者氏名			組 合 員 との続柄					

紛失の経過及び場所

上記のとおり紛失したので再交付を申請いたします。

平成 年 月 日

住 所

組合員

氏 名

茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿

誓 約 書

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。

平成 年 月 日

組合員 氏 名

処 理 てんまつ	紛失した被保険者証の返還年月日	平成 年 月 日
-------------	-----------------	----------

(注)「処理てんまつ」欄は記載しないで下さい。