

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																
-----------	----	---	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者の個人番号																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

紛失直近に給付を受けた者	保険医療機関名									受診年月日	令和	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。

令和 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。

令和 年 月 日

組合員 氏名

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

(注) 「処理てんまつ」欄は記載しないで下さい。