

国民健康保険 被保険者証 紛失届

被保険者証の記号番号		鹿齒・鹿齒徒			
被 保 険 者	氏 名	続柄	生年月日	個人番号	
			昭平 . .		
			昭平 . .		
			昭平 . .		
			昭平 . .		
			昭平 . .		
紛失年月日		年 月 日			
紛失場所					
上記被保険者証の紛失以後の診療については新被保険者証を使用するとともに、紛失以後の前被保険者証での診療報酬の請求は全額私個人で負担致します。					

上記のとおり届けます。

平成 年 月 日  
(〒 - )

組合員本人住所

氏名  
(自宅電話番号 - - ) (印)

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

国民健康保険 被保険者証 再交付申請書

被保険者証の記号番号		鹿齒・鹿齒徒			
被 保 険 者	氏 名	続柄	生年月日	個人番号	
			昭平 . .		
			昭平 . .		
			昭平 . .		
			昭平 . .		
			昭平 . .		
再交付申請の理由		紛失のため・盗難のため・その他 (その他: )			

上記のとおり届けます。

平成 年 月 日  
(〒 - )

組合員本人住所

氏名  
(自宅電話番号 - - ) (印)

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※紛失・盗難による被保険者証の不正使用を抑制するため、予備対策として各医療機関に無効通知を発送します。無効通知の不要な場合は、ご連絡ください。

【委任欄】私は下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。平成 年 月 日

受任者 住所	委任者 住所
(代理人) 氏名 (印)	(組合員本人) 氏名 (印)

※申請者本人以外の方が代理で届け出る際は委任欄に記入をしてください。

常務理事	事務長
課 長	係

本 人 確 認	個人番号	台 帳 身 元 帳	処 理 欄		保 険 証
	台 帳		名 簿	連絡表	
			チェック	ファイル	