

理事長	常務理事	事務長	課長	係

**国民健康保険 被保険者証 再交付申請書【HP/2019.5】**  
**高齢受給者証**

被保険者証記号番号							
再交付を受ける証		被保険者証 ・ 高齢受給者証					
再交付を受ける被保険者氏名		性別	生 年 月 日	再交付申請の理由			
個人番号							
1		男 ・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日	ア. 紛失  イ. 棄損  ウ. その他  ( )			
2		男 ・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日				
3		男 ・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日				
4		男 ・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒    -

組合員住所

組合員氏名

印

福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

高齢受給者証は無料で再交付します。

**被保険者証カードの再交付については、1枚につき1,000円の手数料を徴収しております。**

被保険者証カードを再交付する場合は、下記のいずれかの方法にてご送金ください。

なお、銀行振込みによる送金の際は、振込書のコピーを申請書に添付してください。

①組合事務局窓口支払い

②現金書留

③振込み（右記口座）

西日本シティ銀行 大名支店 普通預金  
口座名義 福岡県歯科医師国民健康保険組合  
(振込手数料は申請者負担)

1774098

処 理 欄	再 交 付 年 月 日	交 付 手 数 料	領収証 NO.	入 力
	・	現 振		

