

青文字の部分をご記入、捺印ください。
A4サイズ用の紙で印刷してください。

被保険者証・高齢受給者証などその他の証を再交付するときにご使用ください。
なお、紛失したときは、所轄警察署にも届出を行ってください。

※紛失した被保険者証が発見されたときは、発見した被保険者証を本組合に返還してください。

被保険者証記号番号		9	9	9	9	9	9	0	0	1		
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		男・女		昭和・平成・令和								
1	国保組合 なな	男・女	昭和	平成	令和	ア. 紛失						
			59	年	1	月	1					
2		男・女	昭和	平成	令和	イ. 棄損						
			昭和	平成	令和	ウ. その他						
3		男・女	昭和	平成	令和							
			年	月	日							
4		男・女	昭和	平成	令和	()						
			年	月	日							

再交付を希望する証を○で囲んでください。
その他の証を再交付する場合は、空白スペースに再発行を希望する証の名称をご記入ください。

該当する理由を○で囲んでください。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 810 - ××××

組合員住所 ×××市×××○丁目○番地

組合員氏名 国保組合 なな



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 1774098
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)

処 理 欄	再 交 付 年 月 日	交 付 手 数 料	領 収 証 NO.	入 力
	・	現 振		

