様式第8号

常務理事	理事	事務長	担当者	発行年月日	保険証	高齢
				令和　年　月　日 A　B　C　D	枚	

受付日付印

◎ 破損により再交付申請する場合はその証を添付してください

国民健康保険被保険者証・組合員証　再交付申請書（紛失届）

被保険者証又は組合員証の記号番号	宮医　A	紛失年月日	令和　年　月　日

再交付を受ける方の氏名	第1種組合員との続柄	性別	生年月日	再交付証区分（該当を○で囲む）
	例）従業員	男・女	昭和・平成・令和 年　月　日	1. 被保険者証 2. 組合員証（75歳以上の医師） 3. 高齢受給者証
		男・女	昭和・平成・令和 年　月　日	1. 被保険者証 2. 組合員証（75歳以上の医師） 3. 高齢受給者証
		男・女	昭和・平成・令和 年　月　日	1. 被保険者証 2. 組合員証（75歳以上の医師） 3. 高齢受給者証

警察への届出 有 ・ 無	紛失の状況を具体的にご記入ください	（例：財布ごと落とした、ゴミと一緒に廃棄した）

上記のとおり申請いたします。

被保険者証を発見したときは、見つかった保険証をただちに返納します。
なお、被保険者証紛失のため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（届出日）

〒　－

第1種組合員（医師）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL（　）　－

第2種組合員（従業員）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　※第2種組合員又は家族が紛失した場合に記入

宮城県医師国民健康保険組合理事長　様

※所属支部（郡市医師会）を経由して届け出てください

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	㊞

【支部記入欄】

（　）支部長	受付・処理年月日	台帳整理	備考
㊞	令和　年　月　日	㊞	

※当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。

DL