

※	副理事長	担当理事	事務局長	課長(補佐)	係長	係

※	被保険者証	入 力	保険証発送
有	本証 枚		不要
	高齡 組・准証 なし		/

◎ 記入の方法は別紙「記入例」をよくお読みください。

◎ ※印のところは記入しないでください。

被 保 険 者 証 組 合 員 証 または 准 組 合 員 証 高 齢 受 給 者 証		再 交 付 申 請 書	
被 保 険 者 証 番 号 または 組 合 員 ・ 准 組 合 員 証 番 号	医 国		
	075		
組 合 員 本 人 氏 名 該 当 の または 准 組 合 員 本 人 氏 名			
該 当 す る 番 号 に ○ 印 を 、 ま た 、 () 内 に 再 交 付 を 希 望 す る 方 の 氏 名 を 記 入 し て く だ さ い 。	1.被保険者証	(氏名)	
		(氏名)	
		(氏名)	
	2.組合員証・准組合員証	(氏名)	
	3.高齡受給者証	(氏名)	
再 交 付 申 請 理 由			
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>当該被保険者証、高齡受給者証、組合員証または准組合員証が万一不正に使用された場合は、私(組合員)がその全責任を負い、貴組合には何らご迷惑をおかけしません。また、今後は保管に充分注意し、紛失することのないようにいたします。</p> <p>なお、紛失いたしました証を見つけた場合は、すぐに貴組合に返却いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p>医療機関 所在地 (事業所) 名称</p> <p>組合員 氏名 (印)</p> <p>TEL () FAX ()</p> <p>大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様</p>			

◎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。

※	副理事長	担当理事	事務局長	課長(補佐)	係長	係

※	被保険者証	入力	保険証発送
	本証 枚		不要

(記入例)

◎ 記入の方法は別紙「記入例」をよくお読みください。
 ◎ ※印のところは記入しないでください。

被保険者証 組合員証 または 准組合員証 再交付申請書 高年齢受給者証													
被保険者証番号 または 組合員・准組合員証番号	医 国	9	9	9	9	9	9	9	9	—	9	9	9
	075	9	9	9	9	9	9	9	9	—	9	9	9
組合員本人氏名 該当の または 准組合員本人氏名	国保太郎												
該当する番号に○印を、また、()内に再交付を希望する方の氏名を記入してください。	①被保険者証 (氏名 国保太郎) (氏名 国保花子) (氏名) 2.組合員証・准組合員証 (氏名) 3.高年齢受給者証 (氏名)												
再交付申請理由	鞆に入れていたが、盗難にあった。警察に届出済み。												

上記のとおり申請いたします。

当該被保険者証、高年齢受給者証、組合員証または准組合員証が万一不正に使用された場合は、私(組合員)がその全責任を負い、貴組合には何らご迷惑をおかけしません。また、今後は保管に充分注意し、紛失することのないようにいたします。

なお、紛失いたしました証を見つけた場合は、すぐに貴組合に返却いたします。

平成 年 月 日

〒

医療機関 所在地
(事業所) 名称

組合員 氏名

TEL ()
FAX ()

各所、必ず
ご記入ください。

印

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

◎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。