**国民健康保険被保険者証再交付申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号 ・ 番号 | | | | 道　　　歯　　　　　－　　　　　－ | | | |
| 被　　保　　険　　者　　名 | 氏　　　　　　名 | | | 性　　別 | 生　　年　　月　　日 | | |
| 1 |  | | 男 ・ 女 | 昭・平・令 | 年　　　　月　　　　日 |
| 2 |  | | 男 ・ 女 | 昭・平・令 | 年　　　　月　　　　日 |
| 3 |  | | 男 ・ 女 | 昭・平・令 | 年　　　　月　　　　日 |
| 4 |  | | 男 ・ 女 | 昭・平・令 | 年　　　　月　　　　日 |
| 5 |  | | 男 ・ 女 | 昭・平・令 | 年　　　　月　　　　日 |
| 6 |  | | 男 ・ 女 | 昭・平・令 | 年　　　　月　　　　日 |
| 7 |  | | 男 ・ 女 | 昭・平・令 | 年　　　　月　　　　日 |
| 再交付申請の理由 | | |  | | | | |
| 上 記 の と お り 申 請 し ま す。  令　和　　　　年　　　　月　　　　日  電話（　　　　　）　　　　　－　　　　　番  〒　　　　　‐　　　　　　　　　　　　　　　FAX（　　　　　）　　　　　－　　　　　番  第1種　住　　 所  組合員 （診療所）  氏名**（自署）**  第2種　住　　 所  組合員 (自　 宅)  氏名**（自署）**  北海道歯科医師国民健康保険組合理事長　　様 | | | | | | | |

※FAXによる申請受付もいたします。　**歯科国保専用FAX番号　0 1 1 – 2 3 1 – 1 4 8 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者　証　交　付 | | 被　保　険　者　台　帳　入　力 | |
| 年　　　月　　　　日 |  | 年　　　月　　　　日 |  |