

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				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">電話() - 番</p> <p style="text-align: right;">FAX() - 番</p> <p>〒 -</p> <p>第1種 住 所 組合員 (診療所) _____</p> <p style="text-align: center;">氏名(自署) _____</p> <p>第2種 住 所 組合員 (自 宅) _____</p> <p style="text-align: center;">氏名(自署) _____</p> <p>北海道歯科医師国民健康保険組合理事長 様</p>				

※FAX による申請受付もいたします。 **歯科国保専用 FAX 番号 011-231-1481**

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