|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 係　　員 |
| 様式第1の(3) |  |  |

|  |
| --- |
| **国民健康保健被保険者証交付申請書**（紛失届） |
| 紛失した被保険者証 | 記号 | **医** | 番　　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 紛失直近に給付を受けた者 | 保険医療機関名 |  | 受診年月日 | 令和　 年　 月　 日 |
| 被保険者氏名 |  | 組合員との続柄 |  |
| 紛失の経過及び場所 |
| 上記のとおり紛失したので再交付を申請いたします。　　　　令和　　　年　　　月　　　日住　所組合員氏　名茨城県医師国民健康保険組合理事長　殿 |
|  |
| **誓　　　約　　　書**　　被保険者証を発見したときは，ただちに返納します。なお被保険者証紛失のために生じ　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　　　日組合員　氏　名 |
|  |
| 処理てんまつ | 紛失した被保険者証の返還年月日　　令和　　　年　　　　月　　　　日 |

　(注)「処理てんまつ」欄は記載しないで下さい。