|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。