

国民健康保険被保険者証(又は組合員証)紛失・汚損届

被 保 険 者 証 (又は組合員証) の 記 号 番 号		紛失・汚損した者の氏名		
支 部 名	支 部	診 療 所 名		
紛失の場合	日 時	令和 年 月 日 ・ 不 明		
	場 所	自宅 ・ 路上 (いずれかを○で囲むこと) その他 () 不 明		
汚損の場合	汚損の原因	現物添付の有無	有 無 (いずれかを○で囲むこと)	
上記のとおり届出します。 令和 年 月 日 組合員 住 所 _____ 氏 名 _____ (印)				
静岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 様				

〈備 考〉

再交付を申請するときは、再交付申請書（10号様式）と一緒に提出すること。