

理事長	常務理事	事務局長	課長	係長	受付

国民健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証の番号							
被 保 険 者	氏名	性別	生年月日				
再交付申請の理由							

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所

組合員

氏名

印

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

広島県歯科医師国民健康保険組合殿

1項組合員 (歯科医師) 証明欄		印
---------------------	--	---

令和	処理済
----	-----

誓約書

証 番 号								
氏 名								

上記の者、広島県歯科医師国民健康保険組合被保険者証を紛失致
しました。棄損

それにより、貴組合に何らかの損害を与えた場合は一切の責任を負うこと
を誓約致します。

令和 年 月 日

住 所 _____

組合員氏名 _____ (印)

広島県歯科医師国民健康保険組合 殿