

再交付伺	常務理事	事務長	係	被保険者 台帳照合	再交付年月日
					年 月 日

再 交 付 申 請 書

被 保 険 者 記 号 番 号	佐 齒	再交付するもの [該当するものに☑]	<input type="checkbox"/> 国民健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()
--------------------	-----	-----------------------	--

再 交 付 す る 人	氏 名 (マイナンバー)	続 柄	性 別	生 年 月 日
				昭和 平成 令和 年 月 日
				昭和 平成 令和 年 月 日
				昭和 平成 令和 年 月 日
				昭和 平成 令和 年 月 日

再交付申請の理由	紛 失 ・ 盗 難 ・ 破 損 ・ その他()
----------	--------------------------

上 記 の と お り 届 出 し ま す 。

年 月 日

組 合 員 住 所 _____

氏 名 _____

佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※外で紛失された可能性がある場合は、最寄りの警察署に紛失の届け出をしてください。
※再発行で送付する場合は、着払いとなります。

記入例

事務長	係	被保険者 台帳照合	再交付年月日	
伺			年 月 日	
再 交 付 申 請 書				
被 保 険 者 記 号 番 号	佐 歯 ○○○○○○○○	再交付するもの [該当するものに☑]	<input type="checkbox"/> 国民健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
再 交 付 す る 者	氏 名 (マイナンバー)	続 柄	性 別	生 年 月 日
	組 合 花 子	本 人	女	昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 令和
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			
				昭和 平成 年 月 日 令和
				昭和 平成 年 月 日 令和
				昭和 平成 年 月 日 令和
				昭和 平成 年 月 日 令和
				昭和 平成 年 月 日 令和
再交付申請の理由	紛失・盗難・破損・その他()			
上記のとおり届出します。 ○ 年 ○ 月 ○ 日 組合員 住 所 <u>佐賀市西田代△丁目口番地</u> 氏 名 <u>組 合 花 子</u> 佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿				

※外で紛失された可能性がある場合は、最寄りの警察署に紛失の届け出をしてください。
 ※再発行で送付する場合は、着払いとなります。

《書類提出先》
 〒840-0045 佐賀県佐賀市西田代2丁目5-24
 佐賀県歯科医師国民健康保険組合 TEL 0952-28-7551