

理事長	副理事長	専務理事	事務長	課長	係

国民健康保険 被保険者証 再交付申請書 高齢受給者証 組合員証 (いずれかに○をつけてください)					
被保険者証	記号		番号		
フリガナ			性別	生年月日	
再交付者氏名				MT SH 年 月 日	
.....				MT SH 年 月 日	
.....				MT SH 年 月 日	
.....				MT SH 年 月 日	
.....				MT SH 年 月 日	
.....				MT SH 年 月 日	
再交付申請の理由		1. 紛失 2. き損 3. その他 ()			
上記のとおり届けます。 平成 年 月 日 (フリガナ) 事務所住所 〒 申請人 事業所名称 事業所電話番号 (フリガナ) 〔組合員〕氏名 ㊟					
関東信越税理士国民健康保険組合理事長 様					
処 理 欄	区分	控	台帳	証	
	取扱印				

※添付書類 ・ 申請人である組合員の身元確認書類
 ・ 理由が「き損」の場合は、き損した被保険者証・高齢受給者証・組合員証を添付してください。