

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
被保険者資格証明書

(いずれかを○で囲んで下さい)

被保険者証	記号		番号	
フリガナ 再交付者氏名			性別	生年月日
				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
				MT SH 年 月 日
再交付申請の理由		1. 紛失 2. き損 3. その他 ()		
上記のとおり申請します。				
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				
⑩				
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			

※理由が「き損」の場合は、き損した被保険者証を添付して下さい。