

決 裁	理事長	副理事長	常務理事	理事	理事	理事	理事	事務長	主査	係



国民健康保険 被保険者 高年齢受給者 証再交付 申請書

再交付年月日	扱者
. .	

被保険者証の 記号・番号		記 号	番 号																	
被 保 険 者	(フリガナ) 氏 名			性 別	組合員との続柄	生 年 月 日														
	1			男・女		明大昭平	. .													
	2			男・女		明大昭平	. .													
	3			男・女		明大昭平	. .													
	4			男・女		明大昭平	. .													
	5			男・女		明大昭平	. .													
	6			男・女		明大昭平	. .													

再交付申請の理由  
(詳しく書いて下さい)

上記のとおり申請します。  
平成 年 月 日 日  
店舗所在地 \_\_\_\_\_  
店舗電話 ( ) \_\_\_\_\_  
組 合 員 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

- (注)  
1. 被保険者証の再交付のときは、誓約書(別紙・様式9)を必ず添付すること。

