

常務理事	事務局長	課長	業務係	会計・庶務係

照合事項	被保険者台帳	資格確認書	受付
	/ 済	/ 再交付	

**高 齢 受 給 者 証 再交付申請書
紛 失 届**

被保険者記号・番号	—
-----------	---

被 保 険 者	氏 名	性 別	組合員 との続柄	生年月日	個人番号
		男・女		昭・平・令 . .	
		男・女		昭・平・令 . .	
		男・女		昭・平・令 . .	
		男・女		昭・平・令 . .	
		男・女		昭・平・令 . .	
		男・女		昭・平・令 . .	
		男・女		昭・平・令 . .	

再交付申請または 紛失の理由	1. 紛失（ 年 月 日頃(場所) で） 2. その他（できるだけ詳しく）
-------------------	--

誓 約 事 項

紛失した高齢受給者証を第三者等により使用され、本組合に損害を与えた場合は、一切の責任を負うことを誓約いたします。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者住所

組合員氏名

個人番号

宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿