様式第１８号

# 千葉県薬剤師国民健康保険組合 被保険者証等再交付申請書

※印の個所は記入不要です

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者証の記号・番号 | ３８－ | 被保険者証の記号・番号<br>（番号の変更を希望する場合） | ※３８－ |
| 事業所の名称 | | 事業主名 | |
| 再交付の申請理由 | □ 紛失　□ 破損　□ 汚損　□ その他（　　） | | |

| 再交付を受ける者 | | 再交付を受ける証 |
|---|---|---|
| 氏名 | | □ 被保険者証　□ 短期被保険者証　□ 資格証明書<br>□ 限度額適用（標準負担額減額）認定証<br>□ 特定疾病療養受療証 |
| 個人番号 | | |
| 生年月日 | S/H/R　年　月　日 | |
| 組合員との続柄 | □ 本人　□ 家族（　　） | |
| 氏名 | | □ 被保険者証　□ 短期被保険者証　□ 資格証明書<br>□ 限度額適用（標準負担額減額）認定証<br>□ 特定疾病療養受療証 |
| 個人番号 | | |
| 生年月日 | S/H/R　年　月　日 | |
| 組合員との続柄 | □ 家族（　　） | |
| 氏名 | | □ 被保険者証　□ 短期被保険者証　□ 資格証明書<br>□ 限度額適用（標準負担額減額）認定証<br>□ 特定疾病療養受療証 |
| 個人番号 | | |
| 生年月日 | S/H/R　年　月　日 | |
| 組合員との続柄 | □ 家族（　　） | |
| 氏名 | | □ 被保険者証　□ 短期被保険者証　□ 資格証明書<br>□ 限度額適用（標準負担額減額）認定証<br>□ 特定疾病療養受療証 |
| 個人番号 | | |
| 生年月日 | S/H/R　年　月　日 | |
| 組合員との続柄 | □ 家族（　　） | |
| 氏名 | | □ 被保険者証　□ 短期被保険者証　□ 資格証明書<br>□ 限度額適用（標準負担額減額）認定証<br>□ 特定疾病療養受療証 |
| 個人番号 | | |
| 生年月日 | S/H/R　年　月　日 | |
| 組合員との続柄 | □ 家族（　　） | |

紛失により生ずる事故及び診療費については、当方で一切の責任を負い、貴組合に負担をかけません。
また、紛失した被保険者等を発見したときは、直ちに返納いたします。

令和　　年　　月　　日

組合員　住　所

氏　名

個人番号

| 処理欄 | 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 再交付日 | 受付日 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

（No.　　－　　）