

支 部 欄						本 部 欄					
-------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--

長野県建設国民健康保険被保険者証再交付(紛失)申請書 高齡受給者証

被保険者証の新旧(新・旧)

記号番号	建		組合員氏名	
再交付を要する証	1. 被保険者証 ※被保険者証の再交付を希望する(紛失した)人の氏名を記入して下さい。			短期証の有無
				有・無
	①		④	⑦
	②		⑤	⑧
	③		⑥	⑨
	2. 高齡受給者証対象者氏名		生 年 月 日	※保険証返還日
			昭和 年 月 日	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ 高 高
再交付申請の理由	1. 紛失 2. 住変 3. 氏変 4. 焼失 5. 破損 6. 汚損 7. その他			
上記の原因				
上記の通り申請します。				
年 月 日 組合員住所				
組合員氏名 ⑩				
長野県建設国民健康保険組合理事長 殿				
誓 約 書				
被保険者証(高齡受給者証)を発見したときは、ただちに返還します。被保険者証(高齡受給者証)紛失のために生じた事故については、私が一切の責任を負うことを誓約いたします。				
年 月 日 組合員氏名 ⑩				
所 属 組 合 の 確 認 欄				
上記の通り相違ありません。				
年 月 日 組 合 名				
組合長氏名 ⑩				
《注意事項》				
1. 被保険者証(高齡受給者証)を破損、汚損などした場合には、必ずその被保険者証(高齡受給者証)を添付して下さい。				
2. 紛失した被保険者証(高齡受給者証)を発見したときは、ただちにその被保険者証(高齡受給者証)を返還して下さい。				
3. 被保険者証(高齡受給者証)を紛失した場合は、誓約書にも署名捺印して下さい。				
4. ※保険証返還日については本部で使用するため、記入しないで下さい。				