

国民健康保険 被 保 険 者 証 再交付申請書 高 齢 受 給 者 証

被 保 険 者 証 番 号 (8桁)		—	
再 交 付 を 受 け る 証 に ○ 印 を つ け て 下 さ い。		被 保 険 者 証 ・ 高 齢 受 給 者 証	
再交付を受ける被保険者氏名		性 別	生 年 月 日
1		男 ・ 女	昭・平・令 年 月 日
2		男 ・ 女	昭・平・令 年 月 日
3		男 ・ 女	昭・平・令 年 月 日
4		男 ・ 女	昭・平・令 年 月 日
5		男 ・ 女	昭・平・令 年 月 日
6		男 ・ 女	昭・平・令 年 月 日
再交付申請の理由			
ア・紛失			
イ・棄損			
ウ・盗難			
エ・その他 ()			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 -

組 合 員 住 所

組 合 員 氏 名

(印)

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

被保険者証カードの再交付については、1枚につき1,000円の手料を徴収することになっております。

つきましては、下記のいずれかの方法にてご送金下さい。入金確認後の発行となりますのでご了承下さい。

※銀行振込みによる送金の場合は、振込書のコピーを申請書に添付して下さい。

①国保組合窓口支払い

②現金書留

③振込み (右記口座)

福岡銀行 博多駅東支店 普通預金 1 2 6 4 7 3 4

口座名義 福岡県薬剤師国民健康保険組合 常務理事 満生清士

(振込手数料は申請者負担)

処 理 欄	再交付年月日	交 付 手数料	領収証日付
	. .		

決 裁	理事長	常務理事	事務長	係	係

(記入)

国民健康保険被保険者証再交付申請書
高齢受給者証

被保険者証番号(8桁)		被保険者証番号を記入してください		
再交付を受ける証に○印をつけて下さい。		被保険者証 ・ 高齢受給者証		
再交付を受ける被保険者氏名		性別	生年月日	再交付申請の理由
1	氏名、性別、生年月日をご記入ください	男・女	昭・平・令 年 月 日	ア・紛失
2		男・女	昭・平・令 年 月 日	イ・棄損
3		男・女	昭・平・令 年 月 日	ウ・盗難
4		男・女	昭・平・令 年 月 日	エ・その他
5		男・女	昭・平・令 年 月 日	()
6		男・女	昭・平・令 年 月 日	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 [] - []

組合員住所

組合員氏名、住所をご記入ください。押印を忘れ

組合員氏名

印

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

被保険者証カードの再交付については、1枚につき1,000円の手数料を徴収することになっております。つきましては、下記のいずれかの方法にてご送金下さい。入金確認後の発行となりますのでご了承下さい。※銀行振込みによる送金の場合は、振込書のコピーを申請書に添付して下さい。

- ①国保組合窓口支払い
- ②現金書留
- ③振込み(右記口座)

福岡銀行 博多駅東支店 普通預金 1264734
口座名義 福岡県薬剤師国民健康保険組合 常務理事 満生清士
(振込手数料は申請者負担)

処 理 欄	再交付年月日	交付 手数料	領収証日付
	・		

決 裁	理事長	常務理事	事務長	係	係