

組合記入欄	交 付 日	常務理事	事 務 局
	令和 年 月 日		

被保険者証再交付申請書

① 被保険者証記号番号	み歯					A					
② 診 療 所 名											
③ 被 保 険 者 氏 名	④ 性別	⑤ 続柄	⑥ 生 年 月 日								
(フリガナ)	男・女		昭和 平成 令和 年 月 日								
個人番号											
(フリガナ)	男・女		昭和 平成 令和 年 月 日								
個人番号											
(フリガナ)	男・女		昭和 平成 令和 年 月 日								
個人番号											
(フリガナ)	男・女		昭和 平成 令和 年 月 日								
個人番号											
(フリガナ)	男・女		昭和 平成 令和 年 月 日								
個人番号											
⑦ 申 請 理 由	<small>※盗難・紛失の場合は、わかる範囲で日時・場所等を記入のこと。(不正使用防止のため、最寄りの警察への届出をお勧めします)</small>										

上記のとおり申請いたします。

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

申請年月日	令和 年 月 日
自宅住所	〒 -
氏 名	TEL - -
	個 人 番 号
	⑧

【添付書類】必ず添付してください。

- ・他の家族全員の被保険者証
- ・続柄等が記載された世帯全員の住民票(直近3ヶ月以内発行)・運転免許証(写)・パスポート(写)の何れか

●個人番号は、必ず記入してください

●FAXでの提出はできません

※家族全員の被保険者証が再交付となります。