

国民健康保険組合被保険者証再交付申請書

被 保 険 者 証 記 番 号

浴国

号

氏 名

性別

続 柄

生

年

月

日

1

(昭 平)

年

月

日

個人番号

2

(昭 平)

年

月

日

個人番号

3

(昭 平)

年

月

日

個人番号

4

(昭 平)

年

月

日

個人番号

5

(昭 平)

年

月

日

個人番号

再交付申請の詳細な理由

上記のとおり被保険者証再交付申請をいたします。
なお今後旧被保険者証による保険給付事故発生の場合には、事業主及び組合員において一切の責任を負います。
もし旧証が出てきた場合には速やかに返却いたします。

平成 年 月 日

住 所 〒

氏 名

印

個人番号

大阪府浴場国民健康保険組合

理 事 長 様

理 事 長

副 理 事 長

常 務 理 事

事 務 長

担 当

受 付 年 月 日

平成

年

月

日