

(様式23号)

国民健康保険被保険者証再交付申請書			
被保険者証記号・番号		全 歯 15 -	
	氏 名	性 別	生 年 月 日
組 合 員		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
家 族		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
再交付申請の理由			
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日			
〒 1 種組合員 住 所			
氏 名			
電話番号 ( - - )			
全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿			

届出入力	新番号	被保険者台帳	支部長	支部常務	係
	全歯				



(様式34号)

### 被保険者証返納不能届書

被保険者証 記号・番号	全歯 15	組合員・家族 氏 名	盗 難 紛 失 年 月 日
盗難及び紛失理由			警察への届出  (有 ・ 無)

上記のとおり被保険者証を盗難・紛失により返納不能となりましたので、お届け致します。  
尚、今後この被保険者証による保険給付が生じた時は、その責を負います。

令和 年 月 日

(本人署名) 届出人 (組合員) 〒  
住 所  
氏 名  
電話番号 ( — — )

届出人が2、3種組合員である場合は、雇用主である1種組合員も連記して下さい。

(院長先生署名) 1種組合員 〒  
住 所  
氏 名  
電話番号 ( — — )

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

被保険者台帳	新 番 号	支部長	支部常務	係
	全歯			



(様式35号)

# 始 末 書

私 このたび被保険者証を（紛失・破損・その他）しましたので、お届けします。

今後は、二度とこのようなことがないように十分注意すると共に、この件により発生した事故については、私が責任を負うことを誓います。

又、紛失した被保険者証を発見した時は、直ちに返納します。

令和 年 月 日

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

届出人(組合員) 被保険者証記号・番号(わかる場合のみ)

全歯 15 -

〒

住 所

(本人署名) 氏 名

電話番号( - - )