

常務理事	事務局長	課長補佐	係

国民健康保険高齡受給者証再交付申請書（甲種）

被保険者記号番号

熊 歯 ・ - 0 0

被
保
険
者

氏 名

性 別

生 年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

交付申請の理由

上記により申請いたします。

令和 年 月 日

〒 -

甲種組合員 住 所

氏 名

㊟

熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※保険証の再発行につきましては、原則として**宅急便着払い**となりますので、ご了承ください。