

常務理事	事務局長	課長補佐	係

国民健康保険被保険者証再交付申請書（甲種）			
被保険者記号番号		熊 歯 ・ ー	
被 保 険 者	氏 名	性 別	生 年 月 日
交付申請の理由			
被保険者番号の変更希望の有無 (番号を変更すると世帯全員と乙種組合員の番号も変更になります。)		1. 変更する      2. 変更しない	
<p>上記により申請いたします。</p> <p>平成      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">〒      ー</p> <p style="text-align: center;">組合員 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p> <p>熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長      殿</p>			

※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。