

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（乙種）

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 <small>(番号を変更すると世帯全部の番号が変更になります。)</small>		1. 変更する	2. 変更しない
甲種組合員 証 明 欄	上の者本歯科医院の勤務者であることを証明します。 熊歯 ・ ー 組合員氏名 ㊟		
上記により申請いたします。 平成 年 月 日 ー ー 乙種組合員 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。