

## 被保険者証・高齢受給者証(滅失・毀損)再交付届

理事長	常務理事	事務長	事務次長	業務係長	係

被保険者証 記号・番号	道薬 — —		ふりがな 組合員氏名		
該当する 被保険者	ふりがな 氏名		男	大 昭 平	年 月 日生
			女		
該当する証の種別	1、被保険者証		2、高齢受給者証		
滅失又は毀損の 年月日及び理由・ 経緯等					
<p>上記のとおり届けます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>組合員 _____</p> <p>氏名 _____ (印)</p> <p>北海道薬剤師国民健康保険組合理事長 様</p>					
再交付処理			年月日	印	

- (注) 1、破り、汚した場合は、その証を添付して下さい。  
2、再交付を受けた後に旧証を発見した場合は、旧証を返還して下さい。