

## 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	昭 平 令 年 月 日生
	個人番号	女	
該当する証の種類別	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 style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">住所 _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">組合員 氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: left; margin-left: 50px;">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。