

## 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	道葉  — —		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 年 月 日生 令	
	個人番号			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>令和      年      月      日</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">組合員 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。