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	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 女	大 昭　　年　　月　　日生 平	
	個人番号				
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					

上記のとおり届けます。

平成　　年　　月　　日

住所

組合員

氏名　　㊞

北海道薬剤師国民健康保険組合理事長　様

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。