

様式2-1

事務局	担当者	受付年月日

岐阜県医師国民健康保険組合理事長 様

国民健康保険被保険者証(カード)紛失届

被保険者証の記号番号			
被 保 険 者 名	氏 名	性別	生 年 月 日
紛失の日付・場所・理由等 (※記入必須)			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日
〒

第Ⅰ種・第Ⅲ種組合員の住所

氏名

TEL ()

〒

第Ⅱ種組合員の住所

氏名

TEL ()

注1 紛失した被保険者証(カード)を発見した場合は、速やかに返納して下さい。