

常務理事	事務局長	課長補佐	係

## 国民健康保険高齢受給者証再交付申請書（甲種）

被保険者記号番号

熊 歯・

被 保 険 者	氏 名	性 別	生 年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

交付申請の理由

上記により申請いたします。

令和 年 月 日

〒 ー

甲種組合員 住 所

氏 名

㊟

熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※保険証の再発行につきましては、原則として**宅急便着払い**となりますので、ご了承ください。