

| | | | |
|------|------|------|---|
| 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（乙種） | | | |
|--|---|------|---------|
| 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 理由 | | | |
| 甲種組合員 証 明 欄 | 上の者本歯科医院の勤務者であることを証明します。 熊歯・ 組合員氏名 ⑩ | | |
| 上記により申請いたします。 令和 年 月 日 〒 ー 乙種組合員 住 所 氏 名 ⑩ 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。