

常務理事	事務局長	課長補佐	係

## 国民健康保険被保険者証再交付申請書（乙種）

被保険者記号番号	熊 齒・		
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。 熊齒・ 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。