

事務長	課長	業務係	証回収

## 被保険者証等再交付申請書

記号番号	医 ー	(准)組合員氏名		
再交付を要する者	氏 名	続 柄	被保険者証等の種別	
			本証・前期高齢証・( )	
	〒	ー		
電話番号 ー ー				
再交付を要する理由  (該当する番号に○を付けてください。)	1 紛失	紛失場所	1 自宅 2 自宅外 3 不明	
		警察への届出	1 有 2 無	
		被保険者証の記号番号の変更	1 希望する 2 希望しない ※希望する場合は世帯全員の被保険者証添付	
		被保険者証の無効通知	1 希望する 2 希望しない ※記号番号の変更を希望する場合のみ	
	2 汚損	← 汚損した被保険者証等の返却が必要です。		
	3 その他	その理由	*詳しくご記入ください。	
		警察への届出	1 有 2 無	
被保険者証の記号番号の変更		1 希望する 2 希望しない ※希望する場合は世帯全員の被保険者証添付		
被保険者証の無効通知		1 希望する 2 希望しない ※記号番号の変更を希望する場合のみ		
上記のとおり被保険者証等の再交付を申請します。				
京都府医師国民健康保険組合理事長様				
平成 年 月 日				
組合員氏名 (事業主名) <span style="float: right;">㊟</span>				

組合記入	再交付した被保険者証等の種別	本証・前期高齢証・( )	*備考
	再交付した被保険者証等の記号番号	医 ー	
	再交付年月日		

## 《被保険者証等再交付申請書の注意点》

### 送付時内容確認チェックリスト

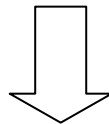
#### 1 □ 被保険者証等再交付申請書

- \* 被保険者証等を紛失された場合は、医師国保へご連絡いただいた上で被保険者証等再交付申請書をご提出ください。
- \* 被保険者証の記号番号変更を行う場合は、被保険者世帯全員の記号番号が変更となります。その場合は、申請書提出の際に紛失者以外の被保険者証を添付下さい。
- \* 無効通知とは、被保険者証の番号変更を行った際、京都府医師会の医報に旧記号番号の無効を掲載するものです。
- \* 新しい保険証の交付は、受け付け処理をしたその日に行っています。

### ＜提出前にご確認下さい＞

- ・被保険者証等再交付申請書に記入漏れ、押印漏れはありませんか。
- ・自宅にて紛失の方は、もう一度さがしていただいたのちご提出下さい。
- ・野外紛失や盗難等に遭われた場合は必ず最寄の警察へ届け出を行って下さい。

点線に沿って切り取っていただき、封筒等の宛名にご利用ください。



〒604-8418  
京都市中京区西ノ京東柵尾町6番地  
(京都府医師会館7階)

京都府医師国民健康保険組合 宛