被保険者証再交付申請書／高齢受給者証再交付申請書

被保険者証 記号・番号	本　人	85-	
	家　族		
再交付希望の証	被保険者証 □	高齢受給者証 □	

被保険者（紛失された方）	氏　　名	続柄	性別	生年月日
			1. 男 2. 女	T. S. H. R.
	個人番号（マイナンバー）			
			1. 男 2. 女	T. S. H. R.
	個人番号（マイナンバー）			
			1. 男 2. 女	T. S. H. R.
	個人番号（マイナンバー）			

再交付申請理由 （詳しく記入）	

上記のとおり再交付していただきたく申請いたします。

令和　　年　　月　　日

（〒　　－　　）　　TEL　（　　）

組合員住所
（被保険者本人）

氏　　名

事業所名　　TEL　（　　）

事業主名　　事業主記号番号　85　－　　・

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

決　裁	
常務理事	事務局長
令和　　年　　月　　日	

検印	交付	被保険者台帳	係収受
		枚	
記事			

受付印

ご注意

一、この申請書は被保険者証を紛失、破損その他の理由で再交付を受けようとするとき提出する書類です。
二、「再交付申請理由」欄には具体的に記入して下さい。紛失の場合は紛失日時場所を明記して下さい。破損の場合はその破損した被保険者証を添付して下さい。
三、事故防止のため、再交付申請の事由が発生した場合すぐ提出して下さい。
四、太線わく内の諸事項について全部記入して下さい。

● 紛失した証が発見された時は、発見した証を組合にお返し下さい。

誓　約　書

東京都薬剤師国民健康保険被保険者証及び高齢者受給者証の再交付をうけるにあたり、つぎの条件について一切の責任は私にあり東京都薬剤師国民健康保険組合に迷惑をかけないことを誓約いたします。

1　紛失した被保険者証を第三者が故意に使用したために生じた場合の療養取扱機関に対する責務の履行

1　紛失した被保険者証を発見した場合は速やかに組合に返還し二重使用をしないこと
万一二重使用により生じた損害に対してはその損害の一切を負担すること

令和　　年　　月　　日

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

氏　名（組合員）　　㊞

（自署の場合は押印を省略できます）

被保険者証を紛失した方へ

1. 被保険者証を紛失して、拾った人に不正に医療機関で使用されるという事故が起きています。特に、**屋外で紛失した時は警察に紛失届を出してください。**

2. 受診した事のない病院等から問い合わせなどがあった場合は、組合にご連絡ください。

3. 紛失した被保険者証が見つかり、再交付がすでにされている場合、**見つかったほうの被保険者証を早急に組合へお返しください。**

4. 後日、組合から医療費の照会をする場合がありますので、ご協力ください。

5. 記号番号は紛失した被保険者証と同じです。

〒110-0013　東京都台東区入谷１－６－６－２０７
東京都薬剤師国民健康保険組合
電話　０３－３８７４－７４１１