

国民健康保険特定疾病療養受療証再交付申請書

被保険者証 記号・番号			組 合 員 氏 名	
受 療 者	氏 名			生 年 月 日
				昭・平・令 年 月 日
再 交 付 申 請 の 理 由				受 療 証 回 収 区 分
				添 付 回 収 不 能
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">郵便番号 住 所 組 合 員 氏 名 電 話 () -</p> <p style="text-align: left;">全国土木建築国民健康保険組合理事長 様</p>				

(注)「受療証回収区分」欄は、該当する文字を○で囲んでください。

受療証の希望送付先（受け取り希望先が上記の住所以外の場合）

住 所	〒 -			
電話番号	()	宛 名	組 合 員 と の 関 係 ()	
※日中連絡が取れる番号を記入してください。		※宛名が組合員本人である場合、記入は不要です。		