

# 被保険者証紛失届兼資格情報のお知らせ・資格確認書交付申請書

被保険者証の 記号・番号	奈組 1.			マイナンバーカード <sup>※1</sup> の 健康保険証利用登録 の有無
加入被保険者名	続柄	性別	生年月日	
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
届出の理由	紛失 ・ 破損 ・ 盗難			

上記のとおり届出します。

※盗難の可能性がある場合は、警察へ届出して下さい。

\*1 マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります。

健康保険証利用登録（有）の場合は「資格情報のお知らせ」、（無）の場合は「資格確認書」を発行いたします。

## 始末書

今般、私の不注意により**被保険者証**を紛失いたしました。今後、充分注意いたします。

なお、この証紛失のために生じた事故については、貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。

令和 年 月 日

第1種組合員 診療所住所 \_\_\_\_\_  
診療所名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

第 種組合員 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

交付・ 訂正日	異動 整理簿	データ 入力日	事務長	次 長	係 員	被保険者証利用登録	有 ・ 無
						電子証明書	有効 ・ 無効
						発行物	資格情報のお知らせ 資格確認書