

資格確認書・資格情報のお知らせ 紛失届・再交付申請書

被保険者証の 記号・番号	奈組 1.			どちらかにチェックを いれてください。
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"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ
申請の理由	紛失 ・ 破損 ・ 盗難			

上記のとおり申請します

※盗難の可能性がある場合は、警察へ届出して下さい。

※資格確認書の再交付料の徴収については、第1種組合員の奈良県歯科医師会会費引落口座より徴収することを承諾します。

始末書

今般、私の不注意により**資格確認書・資格情報のお知らせ**を紛失いたしました。

今後、充分注意いたしますので再発行をお願い申し上げます。

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。

紛失した資格確認書を発見した場合は、速やかに返還いたします。

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