

常務理事	事務長	係員

様式第1の(3)

国民健康保険資格確認書交付申請書（紛失届）									
紛失した被保険者 記 号 ・ 番 号		記号	医	番 号					
紛失直近 に給付を 受けた者	保険医療 機 関 名				受 診 年 月 日	令和 年 月 日			
	被保険者 氏 名				組 合 員 との続柄				
紛失の経過及び場所									
上記のとおり紛失したので再交付を申請いたします。									
令和 年 月 日									
住 所									
組合員									
氏 名									
茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿									

誓 約 書	
資格確認書を発見したときは、ただちに返納します。なお資格確認書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ることを誓約いたします。	
令和 年 月 日	
組合員 氏 名	

処 理 てんまつ	紛失した資格確認書の返還年月日 令和 年 月 日
-------------	--------------------------

（注）「処理てんまつ」欄は記載しないで下さい。