

R7.7まで

被保険者証または資格確認書 滅失・回収不能届

記号番号	9	被保険者氏名		
正組合員との続柄		資格喪失年月日	令和	年 月 日
滅失の場合	※ 理由をご記入ください。			
回収不能の場合 (回収のためにとられた処置)	督 励 日	方 法	結 果	
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			

上記のとおり届出ます。なお、回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

〒

正組合員 住 所

氏 名 _____

電話番号 () _____

静岡県医師国民健康保険組合理事長 様