

国民健康保険資格確認書等紛失届

※届出は14日間以内でお願いします。

紛失した被保険者のマイナンバー

紛失した 被保険者	記号番号	石医	-	個人番号															
	氏名	紛失した被保険者の氏名等を記入ください																	
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 ・ 女												
内容 記入 欄	紛失したもの	*該当するものにチェックをお願いします。 ☐ 国民健康保険資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 国民健康保険限度額適用認定証 ☐ 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証																	
	紛失の理由	紛失した状況等を詳しく記入ください																	

上記のとおりに届け出ます。

申請する組合員のマイナンバー

なお、失った資格確認書等が見つかった場合には、ただちに組合に返納することを誓約します。

[illegible]

医師の署名欄 2種組合員（従業員）が申請される場合は、事業主である医師の署名が必要です。
 1種・3種組合員（医師） 氏 名

(あて先)

石川県医師国民健康保険組合理事長

■組合記入欄

返 還	交 付	番号確認	本人確認	備 考
月 日 対面 ・ 郵送	月 日 対面 ・ 郵送	月 日 提出 組合員 被保険者	月 日 提出書類 免許証・パスポート・その他	対面 ・ 郵送