

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