

# 被 保 険 者 証 紛 失 届

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	宮 医  A
被 保 険 者 氏 名	
第 1 種 組 合 員 と の 続 柄	
紛 失 年 月 日	平成      年      月      日
紛 失 理 由  ( 具 体 的 に )	
警 察 へ の 届 け 出 ( 該 当 を ○ で 囲 む )	有      ・      無

このことについて、貴組合には一切ご迷惑をおかけいたしません。

平成      年      月      日

第1種組合員

住所

氏 名

〒      —

住所

氏 名

⑩

第2種組合員

住所

氏 名

〒      —

住所

氏 名

⑩

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

支部経由	平成      年      月      日
	支部長
	⑩

※ 当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。