

常務理事	理事	事務長	担当者

受付日付印



◎ この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。

国民健康保険被保険者証回収不能届				
被保険者証又は組合員証の記号番号		宮医 A		
回収不能者の氏名	第1種組合員との続柄	性別	生年月日	区分(該当を○で囲む)
	例)長男、従業員	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証
	例)長男、従業員	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証
	例)長男、従業員	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証
被保険者証を返納できない理由 ※理由を必ず記入		(例:退職する人と連絡が取れないため)		
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>被保険者証・高齢受給者証が回収不能であるため届け出ます。 なお、被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。 被保険者証紛失のため生じた事故については、貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日(届出日)</p> <p style="text-align: center;">〒 ー</p> <p>住所</p> <p>第1種組合員 氏名 (医師) ㊟</p> <p>TEL () ー</p> <p>宮城県医師国民健康保険組合理事長 様</p>				

※所属支部(都市医師会)を経由して届け出てください

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	㊟
-----------------------	---

【支部記入欄】

()支部長	受付・処理年月日	台帳整理	備考
㊟	令和 年 月 日	㊟	

※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。 D L