

常務理事	理事	事務長	担当者	発行年月日	保険証	高齢
				令和 年 月 日		

受付日付印



◎ 破損により再交付申請する場合はその証を添付してください

資格確認書・資格情報通知書・組合員証 再交付申請書(紛失届)						
記号	宮医	番号	A		紛失年月日	令和 年 月 日
再交付を受ける方の氏名		第1種組合員 との続柄	性別	生年月日		再交付証区分(該当を○で囲む)
		例) 従業員	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		1. 資格確認書 2. 資格情報通知書 3. 組合員証(75歳以上の医師)
			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		1. 資格確認書 2. 資格情報通知書 3. 組合員証(75歳以上の医師)
			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		1. 資格確認書 2. 資格情報通知書 3. 組合員証(75歳以上の医師)
警察への届出 有・無	紛失の状況を具体的に ご記入ください (例:財布ごと落とした、ゴミと一緒に廃棄した)					
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>発見したときは、ただちに返納します。</p> <p>資格確認証・資格情報通知書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;">〒 -</p> <p>第1種組合員 住所 _____ (医師) 氏名 _____ TEL () -</p> <p>第2種組合員 氏名 _____ (従業員) ←第2種組合員又は家族が紛失した場合に記入</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。