

常務理事	理事	事務長	担当者

受付日付印



◎ この届は資格確認書・資格情報通知書を返納できない場合に提出します。

資格確認書・資格情報通知書 回収不能届					
記号	宮医	番号	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. 資格確認書 2. 資格情報通知書	
	例)長男、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	
	例)長男、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	
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>資格確認書・資格情報通知書が回収不能であるため届け出ます。          なお、発見したときは、ただちに返納します。          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;">〒 ー</p> <p>住所</p> <p>第1種組合員 (医師) 氏名</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(郡市医師会)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。