

国民健康保険被保険者証等紛失届

※資格喪失される際に被保険者証等を紛失し、返還不能な場合に提出をしてください。

被保険者証記号番号	
組合員氏名	
紛失者氏名	
紛失した月日	令和 年 月 日
紛失した場所 (該当に○をつけて 下さい)	自宅 路上 その他 不明 ()
紛失時の状況 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他(詳細) 紛失時の状況 _____
その他参考となる 事項	

上記のとおり届けます

令和 年 月 日 (提出日)

申請者 住所
(組合員) 氏名 _____

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

誓 約 書

静岡県薬剤師国民健康保険組合被保険者証等を紛失したことによる、
下記事項の責任は私にあり静岡県薬剤師国民健康保険組合には迷惑をかける
ことを誓約いたします。

- 1 紛失した被保険者証を第三者が故意に使用したために生じた場合の療養取扱機関
に対する責務を負うこと
- 2 紛失した旧被保険者証が発見された場合は、二重使用をしないため速やかに
旧被保険者証を組合に返還すること
万一、二重使用により生じた損害に対してはその損害の一切を負担すること

令和 年 月 日（提出日）

申請者 住 所
(組合員) 氏 名

㊞

(シャチハタ印不可)

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様