

※資格喪失される際に資格確認書を紛失し、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）	☐ 紛失 ☐ 盗難 ☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ その他（詳細 ） <u>紛失時の状況</u> _____
その他参考となる 事 項	

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資格確認書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ないことを誓約いたします。

- 1 紛失した資格確認書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 紛失した資格確認書が発見された場合は、二重使用をしないため速やかに資格確認書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

㊞

（シャチハタ不可）

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様