



神奈川県薬剤師国民健康保険組合

被保険者証(高齢受給者証・限度額適用認定証)滅失届

※太線の中を記入してください。

被保険者証の記号・番号		3 4 -			
返 却 不 能 対 象 者	1	氏 名	続 柄	生 年 月 日 昭 平 令 年 月 日	返却できないものに✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証
	2			昭 平 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証
	3			昭 平 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証
	4			昭 平 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証
返却できない理由					
<p>上記のとおり被保険者証(高齢受給者証・限度額適用認定証)を滅失いたしました。発見したときは直ちに返却いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長 様</p> <p>〒</p> <p>組 合 員 住 所</p> <p>日中の連絡先 TEL ( )</p> <p>氏 名</p>					
(組合記入欄)			資格喪失年月日	令和 年 月 日	

※ この届出は、資格喪失する被保険者が被保険者証(高齢受給者証・限度額適用認定証)を滅失したため返却できない場合に提出するものです。

決 裁	理事長	常務理事	事務長	主 幹	担 当

※ 被保険者証を返却できない場合にご記入ください。

## 誓 約 書

神奈川県薬剤師国民健康保険組合被保険者証を紛失したことにより下記事項の責任は私にあり、神奈川県薬剤師国民健康保険組合にはなんら迷惑をかけないことを誓約します。

- 1 紛失した被保険者証を第三者等が故意に使用したために生じた場合の保険給付に対する責務を負うこと
- 1 紛失した被保険者証が見つかった場合は、速やかに組合に返却すること

令和 年 月 日

神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

組合員(または事業主)

氏 名

---