

受付印

資格確認書紛失（回収不能）届

被保険者番号		記号	鳥医国保	番号	— (枝番)
被 保 険 者	(フリガナ)				
	氏名				
	性別	男 ・ 女			
	生年月日	年 月 日			
	組合員との続柄	組本 ・ 組家 ・ 准本 ・ 准家 ※該当項目に○をしてください。(本：本人、家：家族)			
	住所 (連絡先)	〒			
	電話番号				
	紛失日	令和 年 月 日			

上記のとおり届け出ます。

なお、紛失した資格確認書が発見されたときは、直ちに返却することを誓約します。

鳥取県医師国民健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

組合員 _____