

(様式34号)

被保険者証返納不能届書

被保険者証 記号・番号	全歯	組合員・家族 氏 名	盗 難 紛 失 年 月 日
盗難及び紛失理由			警察への届出 (有 ・ 無)

上記のとおり被保険者証を盗難・紛失により返納不能となりましたので、お届け致します。
尚、今後この被保険者証による保険給付が生じた時は、その責を負います。

平成 年 月 日

届出人（組合員） 〒

住 所

氏 名 印

電話番号（ — — ）

届出人が2．3種組合員である場合は、雇用主である1種組合員も連記して下さい。

1種組合員 〒

住 所

氏 名 印

電話番号（ — — ）

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

被保険者台帳	新 番 号	支部長	支部常務	係
	全歯			

