

(様式35号)

始 末 書

私 このたび被保険者証を（紛失・破損・その他）しましたので、お届けします。

今後は、二度とこのようなことがないように十分注意すると共に、この件により発生した事故については、私が責任を負うことを誓います。

又、紛失した被保険者証を発見した時は、直ちに返納します。

平成 年 月 日

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

届出人(組合員) 被保険者証記号・番号(わかる場合のみ)

全歯 ー

〒
住 所

氏 名 印

電話番号(ー ー)