

(様式 34 号)

被保険者証または資格確認書/ 高齢受給者証 / 組合員証 返納不能届書

被保険者証	全 歯	組合員・家族 氏 名	盗難紛失年月日
記号・番号			
盗難及び紛失理由			警察への届出 (有 ・ 無)

上記のとおり【被保険者証または資格確認書/高齢受給者証/組合員証】を【盗難/紛失/その他】により返納不能となりましたので、お届けいたします。尚、今後この証による保険給付が生じた時は、その責を負います。

令和 年 月 日

届出人（組合員） 住 所 〒

氏 名

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・後期高齢者組合員・後期高齢者組合員も下記に連記して下さい。

1 種組合員 住 所 〒

後期高齢者組合員

氏 名

電話番号（ - - ）

全国歯科医師国民健康保険組合理事長殿

届出入力	新番号	被保険者台帳
	全歯	

支部長	支部常務	係



C-1

※組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用することはありません。