

(様式 35 号)

## 始末書

私 このたび【資格確認書/高齢受給者証/組合員証】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、紛失した証を発見した時は、直ちに返納します。

令和 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) 記号・番号(わかる場合のみ)

組合員証番号

全歯 —

住 所 〒

氏 名

電話番号 ( — — )

C-8

※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。