

理事長	常務理事	事務長	担当

<b>国民健康保険資格確認書再交付申請書（紛失届）</b>				
紛失した 被保険者	記 号	歯	番 号	
	個 人 番 号			
紛失直近 に給付を 受けたもの	被保険者氏名 (紛失した方の氏名)			
	保 険 医 療 機 関 名		受 診 年 月 日	年 月 日
紛 失 の 経 過				
<p>上記のとおり紛失したので、再交付を申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">組合員</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">茨城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>				
<b>誓 約 書</b>				
<p>資格確認書を発見したときは、ただちに返納します。なお資格確認書紛失のために生じた事故 については、貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>				
処理てんまつ (組合記入欄)	紛失した資格確認書の返還年月日 <span style="float: right;">年 月 日</span>			

<個人番号の利用について>

当組合は、被保険者及び被扶養者の個人番号を、番号法別表第三十項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保険事業の実施に関する事務」において適用、給付及び徴収業務で使用します。  
 ※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。