様式第5

担当理事	事務長	担　当

※　分かる範囲でご記入ください。

国民健康保険資格確認書再交付申請書（紛失届）

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（紛失した方の御名前）	○○　○○（再交付を希望される方のお名前）		
	保険医療機関名	○○　歯科医院	受診年月日	平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
紛失の経過	（例）○○月○○日、外出中財布を紛失し、その中に被保険者証を入れていました。警察への届出は済んでます。			

上記のとおり紛失したので再交付を申請いたします。

○○　年　○○　月　○○　日

組合員　住　所　ご自宅または診療所の住所
　　氏　名　組合員のお名前

茨城県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

誓　約　書

被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。なお被保険者証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。

○○　年　○○　月　○○　日

氏　名　組合員のお名前

処理てんまつ（組合記入欄）	紛失した被保険者証の返還年月日　　年　　月　　日

＜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、保険楼の徴収又は保健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は、組合業務の目的以外に使用することはありません。