

(第4号様式)

被保険者証紛失届

1. 紛失した被保険者証の記号番号及び組合員名

記号	番号	組合員名
----	----	------

2. 紛失した被保険者の氏名と住所

氏名

住所 〒 -

3. 紛失の事情

4. 上記紛失により万一事故を生じた際には、当該組合員においてその責に任じます。

上記のとおり相違ありませんのでお届けします。

令和 年 月 日

医師組合員氏名 (事業主名) _____ (印)

従業員組合員氏名 _____ (印)

大分県医師国民健康保険組合理事長 殿