

理事長	常務理事	事務長	係

長崎県薬剤師国民健康保険組合 [被保険者証] 紛失届
 資格確認書]

被保険者記号番号	記号	崎薬	番号			
紛失を届け出る対象者	氏 名			続 柄	生 年 月 日	
					昭・平・令	年 月 日
					昭・平・令	年 月 日
					昭・平・令	年 月 日
					昭・平・令	年 月 日
					昭・平・令	年 月 日

上記のとおり届けます。

なお、紛失した被保険者証(もしくは資格確認書)を発見したときは、ただちに返納いたします。

令和 年 月 日

組合員住所

氏名 _____

長崎県薬剤師国民健康保険組合 理事長 様