

常務理事	事務長	課長	係

処 理 欄			
台 帳	名 簿	無 効 通 知	処 理 印
		喪失証明書	

国民健康保険 被保険者証 高齡受給者証 回収不能届兼同意書

被保険者証の記号番号		鹿歯・鹿歯従	
氏 名	続 柄	生 年 月 日	
1		昭・平	・ ・
2		昭・平	・ ・
3		昭・平	・ ・
4		昭・平	・ ・
5		昭・平	・ ・
回 収 不 能 理 由			

上記被保険者に資格喪失後の医療機関受診があり、被保険者本人へ診療報酬の返還請求ができない場合は、その発生した診療報酬を事業主である私が全額負担することに同意いたします。

上記事項について全て同意の上、届け出ます。

平成 年 月 日

甲種組合員（事業主）住所

甲種組合員（事業主）氏名

(印)

(自宅電話番号 - -)

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※被保険者証の不正使用を抑制するため、予備対策として各医療機関に無効通知を発送します。