

常務理事	事務長	課長	係

処理欄			
台帳	名簿	無効通知	担当者印
		喪失証明書	

国民健康保険 資格確認書等 回収不能届兼同意書

被保険者記号番号	鹿歯・鹿歯従			
氏名	続柄	生年月日	回収不能となったもの (いずれかに✓)	組合使用欄 記入不要
1		昭平令 . .	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 加入日 <input type="checkbox"/> 交付歴
2		昭平令 . .	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 加入日 <input type="checkbox"/> 交付歴
3		昭平令 . .	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 加入日 <input type="checkbox"/> 交付歴
4		昭平令 . .	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 加入日 <input type="checkbox"/> 交付歴
5		昭平令 . .	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 加入日 <input type="checkbox"/> 交付歴
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出来ない場合は、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。

令和 年 月 日

事業主 甲種組合員 氏名
後期高齢者組合員

印

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※被保険者証等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。

※本書類は、資格喪失者の資格確認書または被保険者証が回収できない時に提出してください。(マイナ保険証を利用している方に交付される資格情報通知書は、資格喪失時の回収は必要ありません。)