

始 末 書

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 組 合 員 証 | <input type="checkbox"/> 限 度 額 適 用 認 定 証 |
| <input type="checkbox"/> 組 合 員 被 扶 養 者 証 | <input type="checkbox"/> 限 度 額 適 用 ・ 標 準 負 担 額 減 額 認 定 証 |
| <input type="checkbox"/> 高 齢 受 給 者 証 | <input type="checkbox"/> 特 定 疾 病 療 養 受 療 証 |
| <input type="checkbox"/> 特 別 療 養 証 明 書 | <input type="checkbox"/> 任 意 継 続 組 合 員 証 |
| <input type="checkbox"/> 標 準 負 担 額 減 額 認 定 証 | <input type="checkbox"/> 任 意 継 続 組 合 員 被 扶 養 者 証 |

被扶養者氏名 ()

上記の証を紛失いたしました。今後は、管理に十分注意をするとともに、紛失した証に関して問題等が生じた場合には、一切私が責任を負い、貴組合にはご迷惑はおかけいたしません。

令和 年 月 日

山梨県市町村職員共済組合理事長 様

所 属 所 名

組 合 員 証 記 号 番 号

組 合 員 氏 名

印

(自署の場合は押印不要です。)

① 該当の証に○をつけてください。

② 被扶養者の方が証を紛失された場合はここに氏名を記入してください。

③ 申告年月日と、所属所名(市町村・一部事務組合)・組合員証記号番号・組合員氏名を記入し、押印してください。なお、自署の場合は押印不要です。