

組合員証等添付（回収）不能届

組合員証	記号	○○○	組合員氏名	共済 太郎			所属機関名	□ □ □
	番号	○○○○	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	○○年	○○月	○○日	
回収不能 の 対象者 (対象者分に <input checked="" type="checkbox"/> をして下さい)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	組合員（本人）分					回収不能の証の名称	①組合員証
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	被扶養者（家族）分 <small>※該当者を下欄に記入してください。</small>						
	氏名	共済 花子	続柄	妻	回収不能の証の名称	②組合員被扶養者証 ⑤限度額適用認定証		
	氏名	共済 一郎	続柄	長男	回収不能の証の名称	②組合員被扶養者証		
氏名		続柄		回収不能の証の名称				
回収不能の理由	資格喪失時、誤って切断し廃棄した為							
<p>上記の者について、組合員証等が回収不能であるため届出します。 なお、組合員証等を回収したときは、ただちに返納します。</p> <p style="text-align: center;">奈良県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">令和○○年○○月○○日</p> <p style="text-align: center;">住所 ○○市○○1-2-3</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名 共済 太郎 (印)</p>								
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和○○年○○月○○日</p> <p style="text-align: center;">職名 □ □ □</p> <p style="text-align: center;">所属所長 氏名 △ △ △ △ (印)</p>								

- 1 この届出は、次のいずれかの証等を返納できない場合に使用するものです。
①組合員証、②組合員被扶養者証、③高齢受給者証、④特別療養証明書、
⑤限度額適用認定証、⑥限度額適用・標準負担額減額認定証、
⑦特定疾病療養受療証、⑧任意継続組合員証、⑨任意継続組合員被扶養者証
- 2 回収不能の理由は、具体的に詳しく書いてください。
- 3 資格喪失後の受診があった場合、共済組合が負担した医療費の返還請求が行われます。