

組合員証等添付（回収）不能届

記 号		組 合 員 氏 名					所属機関名		
番 号		生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日			
回 収 不 能 の 対 象 者 (対象者分に ☒ をして下さい)	☐ 1 ☐ 2	組合員（本人）分						回収不能の証の名称	
		被扶養者（家族）分 ※該当者を下欄に記入してください。							
		氏 名		続 柄		回収不能の証の名称			
		氏 名		続 柄		回収不能の証の名称			
		氏 名		続 柄		回収不能の証の名称			
回 収 不 能 の 理 由									
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。 奈良県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名									
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名									

- 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。