

※返納できない組合員証等があるときのみ提出してください。

組合員

## 理 由 書

組 合 員 番 号	組 合 員 氏 名	生 年 月 日
		昭和 平成 年 月 日

返納できない組合員証等について、対象者氏名・対象の組合員証等の名称を記入してください。

対 象 者 氏 名	返納できない組合員証等の名称の番号を○で囲んで下さい。(3は下欄から選択)					
	1	組合員証	2	被扶養者証	3	その他 ① ② ③
	1	組合員証	2	被扶養者証	3	その他 ① ② ③
	1	組合員証	2	被扶養者証	3	その他 ① ② ③
	1	組合員証	2	被扶養者証	3	その他 ① ② ③

組合員証等を返納できない理由を 1 又は 2 から選び、○で囲んで下さい。

- 紛失により返納不可能
- その他の理由により返納不可能(理由について下記に記載して下さい)

.....  
.....  
.....

地方職員共済組合沖縄県支部長 殿

上記の理由により組合員証等を返納できません。

なお、資格喪失日以降、組合員証等が使用された場合に生じた医療費等について、私の責任において返還することに異存はありません。

住所 \_\_\_\_\_  
申告者 氏名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_

※ 「3 その他」の名称は下記のうち該当するものを○囲み

- ① 限度額適用認定証
- ② 限度額適用・標準負担額減額認定証
- ③ 特定疾病療養受療証

地共済受付印

--