

常務理事	事務長	部長	係長	係

健康保険被保険者証添付不能届

健康保険被保険者証の記号					
健康保険被保険者証の番号	被保険者氏名	添付できない被保険者および被扶養者の氏名	資格喪失年月日 または被扶養者 でなくなった日	被保険者の住所または連絡先	該当する項目を○で囲み、健康保険被保険者証を喪失届または被扶養者(異動)届に添えて返納できない理由を詳しく記入してください。
			令和 年 月 日	〒 -	滅失 後日送付 その他
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日	〒 -	滅失 後日送付 その他
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日	〒 -	滅失 後日送付 その他
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日	〒 -	滅失 後日送付 その他
			令和 年 月 日		
			令和 年 月 日		

上記のとおり、健康保険被保険者証を返納することができませんのでお届けします。なお、今後、健康保険被保険者証の回収不能のないよう注意すると共に今回の回収不能によって保険給付事故発生の場合は、その解決に責任をもって対応します。

令和 年 月 日

※被保険者証を回収できなかった人(被保険者・被扶養者)すべてを記入してください。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()