

(大阪産業機械工業健康保険組合)

常務理事	事務長	部長	係長	係

任意継続被保険者証添付不能届

被保険者証の記号		被保険者証の番号		被保険者の氏名	
20				(氏)	(名)
被保険者の住所または連絡先				電話番号	
〒 ー				()	
添付不能等の対象者	氏名		対象者区分	資格喪失日または被扶養者でなくなった日	該当する項目を○で囲み、健康保険被保険者証を返納できない理由を詳しく記入してください。
	(氏)	(名)	本人・家族	令和 年 月 日	滅失 後日送付 その他
	(氏)	(名)	本人・家族	令和 年 月 日	滅失 後日送付 その他
	(氏)	(名)	本人・家族	令和 年 月 日	滅失 後日送付 その他
	(氏)	(名)	本人・家族	令和 年 月 日	滅失 後日送付 その他

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、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 提出