

常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険被保険者証（本人・家族）返納不能届

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号		勤務先名称							
	被保険者証 番号		氏名							
	住所	〒 —						TEL	—	—
	被保険者のマイナンバー記載欄 <small>(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)</small>									
	資格喪失年月日（認定解除年月日）		令和 年 月 日							
返 納 不 能 対 象 者	氏名	生年月日	続柄	返納できない理由 <small>(いつ、どこで、紛失状況等、詳しくお書きください)</small>						
		昭和・平成・令和 年 月 日		紛失 その他						
		昭和・平成・令和 年 月 日		紛失 その他						
		昭和・平成・令和 年 月 日		紛失 その他						
		昭和・平成・令和 年 月 日		紛失 その他						
		昭和・平成・令和 年 月 日		紛失 その他						
被 保 険 者 署 名 欄	上記のとおり申請します。 なお、返納できなかった健康保険証に関する今後一切の責任は私が負います。 また、後日、健康保険証が見つかった時は速やかに返納いたします。									
	令和 年 月 日		被保険者氏名（自署） _____							

※ 健康保険証を紛失されたり盗難に遭われた場合は、必ず警察に届出してください。