

健康保険 資格喪失者 被保険者証等返却不能届

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

《注意事項》

1. 被保険者のかたは被扶養者が資格を喪失する時に、被保険者証を返却できない場合に提出してください。
2. 被保険者証を紛失した場合は、念のため警察にも紛失の届出を行ってください。
3. 届出を行った被保険者証が発見された場合には、速やかに健保組合まで返却してください。

※太枠線内を記入してください。

記入日	令和 年 月 日		
被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名
			(フリガナ)
被保険者の勤務する事業所名称 ※任意継続者は記入不要			所属・電話 ※任意継続者は記入不要
			(TEL)
退職者の場合			
退職年月日		住所 ※転居する予定の場合は、転居後の住所を記入してください。	
令和	年 月 日	〒 都 道 府 県	
電 話 番 号 ※退職後、連絡がつく電話番号を記入してください。			
自宅	-	携帯	-

↓被保険者氏名は手書きでお願い致します。

返却できない証について 記入してください	交付対象者氏名	続柄	返却できない証の種類	
				1. 健康保険被保険者証 3. 高齢受給者証 5. その他()
			1. 健康保険被保険者証 3. 高齢受給者証 5. その他()	2. 限度額適用認定証 4. 特定疾病療養受療証
			1. 健康保険被保険者証 3. 高齢受給者証 5. その他()	2. 限度額適用認定証 4. 特定疾病療養受療証
			1. 健康保険被保険者証 3. 高齢受給者証 5. その他()	2. 限度額適用認定証 4. 特定疾病療養受療証
返却できない理由	(状況を詳しく記入してください)			

事業所所在地
事業所名称
事業主名

受付印