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。

↓被保険者氏名は手書きでお願い致します。

記入日	令和　　年　　月　　日			
被保険者等記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
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	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		〒　　－ 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	－　　－

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　2. 限度額適用認定証 3. 高齢受給者証　4. 特定疾病療養受療証 5. その他(　　)
			1. 健康保険被保険者証　2. 限度額適用認定証 3. 高齢受給者証　4. 特定疾病療養受療証 5. その他(　　)
			1. 健康保険被保険者証　2. 限度額適用認定証 3. 高齢受給者証　4. 特定疾病療養受療証 5. その他(　　)
			1. 健康保険被保険者証　2. 限度額適用認定証 3. 高齢受給者証　4. 特定疾病療養受療証 5. その他(　　)
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

T0320(06.12)