常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証返納（回収）不能届

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	
被保険者 住所	（〒　　－　　）			
被保険者 勤務先				

返納不能等の 対象者氏名	続柄	生年月日	被保険者証を返納できない理由
		S・H・R　　年　　月　　日	
		S・H・R　　年　　月　　日	
		S・H・R　　年　　月　　日	
		S・H・R　　年　　月　　日	
		S・H・R　　年　　月　　日	

念　　書

１．健康保険被保険者証滅失による一切の責任を負います。
２．滅失した健康保険被保険者証が見つかった時には直ちに返納します。

年　　月　　日

住　所　：

氏　名　：　　印

上記のとおり、健康保険被保険者証を回収することができません。

年　　月　　日

事業所名：

事業主名：　　印

受付印