

健康保険被保険者証
返却不能届

事業所 コード	
------------	--

健 保 決 裁 欄	常務理事	所 属 長	主 担 者	係 員

被 保 険 者	証記号	証 番 号	フリガナ	〒	TEL (自宅)	-	-
			氏 名 (生年月日)				

被保険者証が回収できない対象者

フリガナ 氏 名		性 別	生 年 月 日			資 格 喪 失 (非 該 当) 日			続 柄
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平				平		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平				平		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平				平		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平				平		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平				平		

返却不能の理由
<input type="checkbox"/> 1.紛失 <input type="checkbox"/> 2.破棄 <input type="checkbox"/> 3.その他

パナソニック健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日

事業所所在地 〒

名 称

事業主氏名

(電 話)

印

上記の通り被保険者証の返却ができませんのでお届けします。
万一、上記の被保険者証によって事故が発生したときは一切の責任を負います。
なお、今後被保険者証の回収不能のないよう注意します。

責任者 人事担当		係 員	
-------------	--	--------	--

健 保 受 付	平成 年 月 日
------------------	----------