

任継・特退用

健康保険被保険者証
返却不能届

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	(生年月日)	現 住 所
			氏 名		

被保険者証が返却できない対象者

フリガナ 氏 名		性 別	生 年 月 日			資 格 喪 失 (非 該 当) 日			続 柄	返却不能の理由
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平				平	<input type="checkbox"/> 1.紛失 <input type="checkbox"/> 2.破棄 <input type="checkbox"/> 3.その他 	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平				平		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平				平		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平				平		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平				平		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平				平		

パナソニック健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日

被保険者氏名

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。

健保受付	平成 年 月 日
------	----------