

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	ケンボ イチロウ	現 住 所	守口市外島町5番55号
	91 または 92	1234567	氏 名	健保 一郎 (生年月日 S.28.8.10)		

被保険者証が回収できない対象者

フリガナ		性 別	生 年 月 日			資格喪失 (非該当) 日			続 柄		
氏	名		□男 □女	□明□大 □昭□平							
ケンボ	ヤスコ	<input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭□平	29	12	15	平	27	4	1	妻
健保	康子	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明□大 <input type="checkbox"/> 昭□平				平				
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明□大 <input type="checkbox"/> 昭□平				平				
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明□大 <input type="checkbox"/> 昭□平				平				
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明□大 <input type="checkbox"/> 昭□平				平				

署名・捺印してください。
(自署の場合は捺印は不要)

返却不能の理由
<input type="checkbox"/> 1.紛失 <input checked="" 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

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。
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
------	----------