

A

担当

健康保険 被保険者証 返却不能届

被保険者（申請者）記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日
	被保険者証の (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
氏名	(フリガナ)		

※消えないペンでご記入ください。

続柄	氏名	生年月日	性別	申請区分
				被保険者証を返却できない理由
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> その他
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> その他
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> その他
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> その他

上記のとおり被保険者証の返却ができませんので申請します。
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。

令和 年 月 日 被保険者氏名 (自署)

事業主証明欄	令和 年 月 日
	・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主(代理人)氏名
	事業所コード ()
	本件問合せ連絡先（本件問合せに必要ですので、必ず記入してください） 部署・担当者氏名 電話連絡先

健保受付印