

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	被保険者証の (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ) -----			
	住所	(〒 -)			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()		

返却できない対象者	続柄	氏名	生年月日 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="text"/>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <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="text"/>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <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="text"/>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <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="text"/>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <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）

健保受付印