

健康保険 被保険者証返却不能届

常務理事	事務長	係員

被保険者	記号—番号	〇〇—〇〇〇〇〇〇	事業所名	〇〇〇〇株式会社
	氏名	健保 太郎	所属部署	〇〇〇部

返却不能の 対象者	氏名	生年月日	性別	続柄	被保険者証を回収できない理由	
	被保険者		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	本人	
	被扶養者	健保 良子	昭和 平成 令和 〇〇年〇〇月〇〇日	男 (女)	妻	引っ越しの際、どこかへしまい込んで見つからなくなってしまったため。
	被扶養者		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女		
	被扶養者		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女		
	被扶養者		昭和 平成 令和 年 月 日	男 女		

被保険者証が返却不能であるため届出します。
 なお、この被保険者証を発見したときは、ただちにお返しいたします。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者 住所 〇〇県〇〇市〇〇 1-2-3

氏名 健保 太郎

