

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	—	事業所名	
	氏名		所属部署	

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	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 年 月 日

被保険者 住所 _____

氏名 _____ 印