|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健保組合 | 常務理事 |  | 事務局長 |  | 課　長 |  | 担当者 |  |

|  |
| --- |
| **健康保険証・資格確認書 返却不能届** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者　記号－番号 |  | － | 　　　　　　　**※被保険者ご本人の記号・番号を記載してください。** |
| 氏　　　名 |  | 性別 |  | 生年月日 | 昭和平成令和 | 年 | 　月 |  | 日 |
| 事　業　所　の　名　称　 |  |
| 返却不能対象者名 | 続柄 | 返却不能の理由※下記いずれかに〇をしてください。 | 事象発生日 | 種類※下記いずれかに〇 |
|  |  | 紛失　・　盗難　・　破棄 | 令和　　年　　月　　日 | 保険証・資格確認書 |
| その他 | 令和　　年　　月　　日 |
| ※その他の場合は、下記に理由を詳細にご記入ください。 |
|  |  | 紛失　・　盗難　・　破棄 | 令和　　年　　月　　日 | 保険証・資格確認書 |
| その他 | 令和　　年　　月　　日 |
| ※その他の場合は、下記に理由を詳細にご記入ください。 |
|  |  | 紛失　・　盗難　・　破棄 | 令和　　年　　月　　日 | 保険証・資格確認書 |
| その他 | 令和　　年　　月　　日 |
| ※その他の場合は、下記に理由を詳細にご記入ください。 |
| **※健康保険証の紛失･盗難の場合は、最寄の警察署（派出所）に届出てください。(届出先：　　　　　　警察署(派出所))** |
| 上記のとおり、健康保険証・資格確認書を返却することができません。なお、**紛失により生じた損害については、当方にて一切の責任を負います。**また、当届出の提出後に、万が一見つかった場合は、速やかに返却いたします。 |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 被保険者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

**【**事業所記入欄**】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事業所****担当者** | 　　　　年　　　月　　　日受付 | **備考欄** |  |