

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 記号一番号	—							※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○をしてください。		事象発生日		種類 ※下記いずれかに○			
		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 住所 被保険者 氏 名									

【事業所記入欄】

事業所 担当者	年 月 日 受付	備考欄	
------------	----------	-----	--