

健康保険 被保険者証 回収不能届

常務理事	部(次)長	課 長	課長代理	係 長	担当者

健康保険 の 記 号					
健康保険 の 番 号	被 保 険 者 氏 名	対 象 者 区 分	家族に○をされた場合 該当被扶養者氏名	該当する項目を○で囲み、健康保険被保険者証を「喪失届」又は「被扶養者(異動)届」 に添えて返納できない理由を記入してください。	
		本人・ 家族		資格喪失または被扶養者 でなくなった年月日	被 保 険 者 の 住 所 ま た は 連 絡 先
		本人・ 家族		滅 失 ・ そ の 他	(理由)
		本人・ 家族		令和 年 月 日	〒 - TEL ()
		本人・ 家族		滅 失 ・ そ の 他	(理由)
		本人・ 家族		令和 年 月 日	〒 - TEL ()
		本人・ 家族		滅 失 ・ そ の 他	(理由)
		本人・ 家族		令和 年 月 日	〒 - TEL ()

上記のとおり健康保険被保険者証を返納することができませんのでお届けします。なお、今後被保険者証の回収不能のないよう注意するとともに、万一、
保険事故が発生した場合は、その解決に努めます。

令和 年 月 日

大阪薬業健康保険組合理事長様

受付印

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()