

常務理事	部(次)長	課長	課長代理	係長	担当者

健康保険被保険者証返納不能理由書 <任継用>

健康保険の記号	健康保険の番号	被保険者の 氏 名	資格喪失年月日	令和	年	月	日

対 象 者 区 分	対 象 者 氏 名	該当する項目を○で囲み、返納できない理由を記入してください。	
本人・家族		滅失・その他	
本人・家族		滅失・その他	
本人・家族		滅失・その他	

このたびの資格喪失にあたり、上記理由により被保険者証の返納ができませんのでお届けいたします。
 なお、無効被保険者証によって生じる一切の責任は、私において負担いたします。

令和 年 月 日

大阪薬業健康保険組合理事長 様

被保険者住所 〒 ー

被保険者氏名 _____