

常務理事	部(次)長	課長	課長代理	係長	担当者

健康保険高齢受給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 氏 名	高 齢 受 給 者 該 当 者 氏 名		
被 保 険 者 現 住 所	〒 Tel() -		資 格 喪 失 年 月 日	令 和	年 月 日
返 納 不 能 理 由					

上記理由により高齢受給者証の返納ができませんのでお届けいたします。

なお、無効高齢受給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 氏 名 _____