

健康保険被保険者証添付不能届

健康保険被保険者証の記号番号	被保険者の氏名	添付できない被保険者(被扶養者)の氏名	資格喪失年月日 または被扶養者でなくなった年月日	該当する項目を○印で囲み、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。
			平・令 年 月 日	滅失
			平・令 年 月 日	
			平・令 年 月 日	その他
			平・令 年 月 日	
			平・令 年 月 日	滅失
			平・令 年 月 日	
			平・令 年 月 日	その他
			平・令 年 月 日	
			平・令 年 月 日	滅失
			平・令 年 月 日	
			平・令 年 月 日	その他
			平・令 年 月 日	

上記の事由により健康保険被保険者証を添付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に注意するとともに、今回回収不能の被保険者証によって保険給付事故発生の場合は、事業主によって解決の責任を負います。

令和 年 月 日

事業所 所在地
名称

事業主 氏名

⑨

電線工業健康保険組合理事長殿