健康保険　被保険者証 返納不能届

九電工健康保険組合　理事長　殿

提出日	令和	年	月	日

被保険者欄	記号・番号	(記号)			(番号)					又は	個人番号												
	所属事業所 社員番号	(会社名)							(支店・営業所・部門名)										(社員番号)				
	氏名	(フリガナ)								生年月日	□ 昭和 □ 平成		年		月		日	性別	□ 男 □ 女				
		(氏)						(名)															
	住民票の住所	〒　　－																					

※対象者を全員記入してください。

被保険者	続柄	本人	返納不能理由	

被扶養者1	氏名	(フリガナ)															
		(氏)			(名)		生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和		年		月		日	性別	□ 男 □ 女	
	続柄		返納不能理由														

被扶養者2	氏名	(フリガナ)															
		(氏)			(名)		生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和		年		月		日	性別	□ 男 □ 女	
	続柄		返納不能理由														

被扶養者3	氏名	(フリガナ)															
		(氏)			(名)		生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和		年		月		日	性別	□ 男 □ 女	
	続柄		返納不能理由														

＜誓約事項＞

1. 紛失した被保険者により健康保険組合に損害を及ぼす場合は、私が損害賠償の責を負います
2. （退職時に返納できない場合）紛失した被保険者を発見したときは、すみやかに健康保険組合に返却いたします。

九電工健康保険組合　理事長　殿　　被保険者住所

令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名

≪注意事項≫ 被保険者証は再交付できないため、マイナ保険証の利用手続き（又は資格確認書の交付申請）を別途行ってください。

令和　　年　　月　　日提出

上記の者について、被保険者証が回収不能であるため届出します。
なお、被保険者証を回収したときは、直ちに返納します。

事業主
所在地
名称
氏名

事業所担当者名・受付日の記入又は押印	受付日：令和　　年　　月　　日
社会保険労務士　確認欄	

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

健保組合　受付印

2024.11　帳票No.012