				健	康	東保険 被保险				者証	E ij	豆 納	納不能						事業所へ提出日する日 してください。				
九電工健康保険組合 理事長					長	殿						į	是出し	3	令	和		年	•	月 ●	•	•	
被保険者欄	記号•番号		(記号)	(番号	7)			又は	個人番	持号	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8	
	所属事業所 社員番号 株式会社●●●				(支店• · ▲▲ 支				営業所・部門名) 店							(社員番号) 987654							
	氏名	(フリガナ)	+=	ウコウ		(h)		タロ・	ל				☑ 昭和□ 平成		年		月	•	目 ●	性別	✓		
	八 名	(氏)		ιエ		太良			郭											, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
	住民票の住所 〒 000 - ●市▲▲					000		1-1															
※対象者を全員記入してください。																							
保険者	続柄	本人		返納不能 理由		外出先で被保険証			く検証が	が入った財布を紛失したため													
被扶養者	氏名	(フリガナ) (氏)					(名)						■□昭和 年				月		目	性 □] 男	
	10/11		_	\ \ \\	- 44-					生年	月日		平成 令和							別□			
1	続柄	返納不能 理由																					
被扶養者2	氏名	(フリガナ) (氏)				(名)				生年	三月日		昭和 平成		年		月		日	性別			
	続柄			返納不 理由									<u>令和</u>							7)11		<u> </u>	
被扶養者		(フリガナ)				(A)							昭和		年		月		B				
	氏名	(氏)				(名)				生年	三月日		平成		+		Л		н	性別			
3	続柄	返納不能 被保険者のみ記入 。事 動				主は記入不要。																	
<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	険者信	主所	●●市	▲▲⊠▮	1	-11-	-1										
	令和	●年(● ●月			被保	険者足		九工	太郎													
※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 受付日:令和 ●年 ●●月 ●●日 事業所担当者名・																							
なお	、被保険	の者について、被保険者 被保険者証を回収したと							ます。受	受付日の記入又は押印			担当者名				ま	とは	±は (担当 日作				
事業主 所在地 を称 株式会社●●								社会保険労務士 確認欄															
名称 氏名		代表取約			**	•				必要に応じて、社会保険労務士 記載													
													-										
															_								