

返納不能届

健康保険証・高齢者受給者証・限度額認定証を返納しなくてはならないが、紛失などで返納できないときに記入して届け出してください。

帝人グループ健康保険組合 理事長 殿

- 健康保険被保険者証
- 高齢者受給者証
- 健康保険限度額適用認定証
- 特定疾病療養受療証

令和 年 月 日 提出

代筆・代理申請不可

保険証の記号・番号	記号 番号	100 1234567	被保険者氏名	帝人 太郎	
所属会社・部署	〇〇会社 〇〇課		所属TEL	×××-×××-××××	
現住所	〒	123-4567 愛媛県松山市〇〇〇〇〇	(TEL: ××-×××-××××)	生年月日	昭和・平成・令和 30年 1月 1日

(返納不能対象者)

氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	資格喪失年月日
帝人 太郎	本人	昭和 平成・令和 30年 1月 1日	平成 令和 27年 5月 31日
		昭和・平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
		昭和・平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
		昭和・平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日

返納できないときに、その本人・家族の氏名・続柄を記入

返納不能の理由	届出をする人
(単に紛失・不明でなく、現在に至るまでの経緯をできるだけ詳しく記入してください。) 財布に携帯していたが、先日病院にかかった際に窓口へ提出し、返還してもらい財布に戻したが、返還に伴い確認したが財布に入っていなかった。本日まで確認したが見つからない。 具体的に記入してください。	左記のとおり、証を返納できません。なお、今後返納可能となった場合には、すみやかに返納します。 被保険者住所 (事業所名称及び所在地) 〒 123-4567 愛媛県松山市〇〇〇〇〇 被保険者氏名 (事業主氏名) (TEL: ××-×××-××××)