

# 返納不能届

帝人グループ健康保険組合 理事長 殿

該当項目にチェックを入れて下さい

- 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

常務理事	事務局

令和 年 月 日 提出

保険証の記号・番号	記号 番号	被保険者氏名			
所属会社・部署			所属TEL		
現住所	〒 (TEL: )		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 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
		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
		昭和・平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日

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。)	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) 〒  被保険者氏名 (事業主氏名)  <p style="text-align: right;">(TEL: )</p>