返 納 不 能 届

該当項目に☑を入れて下さい

☐ 健康保険保険証
☐ 資格確認書
☐ 健康保険限度額適用認定証
☐ 高齢者受給者証
☐ 特定疾病療養受療証

常務理事	事 務 局

帝人グループ健康保険組合　理事長　殿

令和　　年　　月　　日　提出

記号・番号	ー	被保険者氏名		社員番号	
所属会社・部署				所属TEL	ー　ー
現 住 所	〒　ー　TEL（　ー　ー　）			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	令和　年　月　日
		☐昭 和　☐平 成　☐令 和　年　月　日	令和　年　月　日
		☐昭 和　☐平 成　☐令 和　年　月　日	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） 〒　ー 被保険者氏名 （事業主氏名） （TEL　ー　ー　）