返 納 不 能 届

代筆・代理申請不可

□の箇所は、該当部分に☑を付けてください

帝人グループ健康保険組合　理事長　殿

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

健康保険証・資格確認書・高齢者受給者証・限度額認定証を返納しなくてはいけないが、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。

令和　5　年　4　月　1　日　提出

記号・番号	1234　－　1234567	被保険者氏名	帝人　太郎	社員番号	12345
所属会社・部署	○○会社　○○課		所属TEL	××　－　×××　－　××××	
現　住　所	〒　123　－　4567　TEL(　××　－　×××　－××××　) 愛媛県松山市○○○○○		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
テイジン　タロウ 帝人　太郎	本人	☑昭　和　□平　成　□令　和 30　年　1　月　1　日	令和　5　年　4　月　1　日
返納できない本人または家族の氏名・続柄を記入		□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。） 財布に携帯していた。 先日病院にかかった際に窓口に提出し、返還してもらい財布に戻したが、 今回返還するにあたり、確認したところ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○○○○○ 被保険者氏名 (事業主氏名) 帝人　太郎 (TEL　××　－　×××　－　××××　)