

健康保険限度額適用認定証回収不能届

事業所名				
被保険者番号	被保険者名	対象者氏名	続柄	返納できない理由を記入してください。
				滅失 その他

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の回収ができませんのでお届けします。なお今後回収不能のないように注意すると共に、今回の回収不能の限度額適用認定証によって保険給付事故発生の場合は事業主において解決の責任を負います。

令和 年 月 日

大阪自動車販売店健康保険組合 殿

事業所 所在地
名称
事業主 (代表者)