

健康保険被保険者証添付不能届

健康保険被保険者証の記号				
健康保険被保険者証の番号	被保険者氏名	資格喪失年月日	被保険者の住所又は居所	該当する項目を○印で囲み、健康保険被保険者証を喪失届に添えて返納できない理由を、記入してください。
		令和 年 月 日	電話 ()	滅失 その他
		令和 年 月 日	電話 ()	滅失 その他
		令和 年 月 日	電話 ()	滅失 その他
		令和 年 月 日	電話 ()	滅失 その他
		令和 年 月 日	電話 ()	滅失 その他

上記のとおり健康保険被保険者証の回収ができませんのでお届けします。なお今後被保険者証の回収不能のないように注意すると共に、今回の回収不能の被保険者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)