

そごう・西武健康保険組合理事長 殿

健康保険 限度額適用認定証 返納不能届

※標準負担額減額認定証を含む

下記のとおり、届出いたします。

(届出年月日)令和 年 月 日

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等の記号番号	—		被 保 険 者 氏 名		
	資格取得年月日 (入社年月日)	昭和・平成・令和 年 月 日				
	所属している事業所	名 称				
		所 在 地				
	回収不能対象者氏名		続柄()	続柄()	続柄()	続柄()
返納できない理由	滅失・き損・その他()					

・被保険者から返納不能の届出がありましたので届出いたします。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話

常 務 理 事				

決済印

受付印

発行通番: