

健康保険

限度額適用認定証
特定疾病療養受療証

返納不能届

常務理事	事務長	担当者

被保険者等記号番号		被保険者の氏名		被保険者の生年月日		被保険者の住所					
記号	番号										
				昭和 平成	年	月	日	〒	—		
返納不能の対象となる者											
氏名		生年月日		続柄		返納できない証の名称 ☐ にチェック					
		昭和・平成・令和 年 月 日				☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証					
資格を喪失 した年月日 (喪失時のみ記入)	平成 令和	年	月	日	証を滅失 した年月日	平成 令和	年	月	日	返納できない 理由（詳しく）	
氏名		生年月日		続柄		返納できない証の名称 ☐ にチェック					
		昭和・平成・令和 年 月 日				☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証					
資格を喪失 した年月日 (喪失時のみ記入)	平成 令和	年	月	日	証を滅失 した年月日	平成 令和	年	月	日	返納できない 理由（詳しく）	
氏名		生年月日		続柄		返納できない証の名称 ☐ にチェック					
		昭和・平成・令和 年 月 日				☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証					
資格を喪失 した年月日 (喪失時のみ記入)	平成 令和	年	月	日	証を滅失 した年月日	平成 令和	年	月	日	返納できない 理由（詳しく）	
上記のとおり届出します。なお、今後この証を発見したときは、ただちに返納します。											
令和 年 月 日 被保険者氏名											

※再交付が必要な場合は、改めて申請して下さい。

受付日