

常務理事	主任	担当

健康保険被保険者証紛失・破損届

退職等により返却を必要とする保険証を「返納できない場合」の届出書になります。

記号	番号	番号	(所属名)	フリガナ	性別	男・女
				被保険者氏名		

フリガナ 紛失・破損者氏名	続柄	紛失・破損した理由	資格喪失年月日 (退職日の翌日)
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

同意書 (兼誓約書)	事業主証明欄
<p>上記の内容のとおり、「被保険者証」を紛失・破損いたしましたので、返納できません。紛失・破損した「被保険者証」を発見したときは、破棄せず、ただちに貴組合に連絡し返納いたします。「被保険者証」の不正使用によって、貴組合に損害が生じた場合は、その一切の責任を負うことを誓約します。</p> <p>年 月 日 被保険者氏名 (印)</p>	<p>上記のとおり、「被保険者証」を紛失・破損し、回収不能のため届出します。</p> <p>年 月 日 事業主名 (印)</p>