

<一斉更新用>

旧健康保険被保険者証返却不能届

常務理事	事務長	担当者

経由課 (社会保険担当)	各長	係

令和 年 月 日提出

下記のとおり被保険者証の返却ができませんのでお届けします。

事業所名称				連絡先 (トール/NTT)	
被保険者証の記番号	—			氏名番号	
	ふりがな 氏名	性別	生年月日	続柄	返却不能の理由
被 保 険 者 証 を 返 却 で き な い 対 象 者		男女	昭和 平成 令和 年 月 日		※ 紛失・破棄・その他 〔 〕
		男女	昭和 平成 令和 年 月 日		※ 紛失・破棄・その他 〔 〕
		男女	昭和 平成 令和 年 月 日		※ 紛失・破棄・その他 〔 〕
		男女	昭和 平成 令和 年 月 日		※ 紛失・破棄・その他 〔 〕
		男女	昭和 平成 令和 年 月 日		※ 紛失・破棄・その他 〔 〕

(誓約事項)

1. 被保険者証の保管および取扱いには十分留意し、再び滅失することのないように致します。
2. 滅失した被保険者証を発見したときは、すみやかに組合に返却致します。
3. 滅失した被保険者証を不正使用され、組合から請求があった場合は、その責を負います。

北海道電力健康保険組合理事長 殿

住 所

被保険者氏名

生年月日 昭和 年 月 日
平成