

常務理事	事務長	担当者

事業主 確認欄	各長	担当者

健康保険被保険者証・資格確認書返却不能届

(健康保険資格喪失時・扶養減少時提出)

下記のとおり健康保険被保険者証・資格確認書の返却ができませんので届出いたします。

令和 年 月 日提出

所属

連絡先

(トル/NTT)

被保険者氏名

生年月日 S・H 年 月 日

被保険者記号番号	—	氏名番号
資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
紛失年月日	令和 年 月 日	
紛失した被保険者証 または資格確認書	本人分 家族分 (氏名: 続柄:)	
・紛失の状況		
・警察への届出番号 _____ 警察署 _____ 号 ※被保険者証の紛失時のみ警察へ届出のうえ、警察署名・届出番号をご記入願います。		

誓約事項

- 紛失した被保険者証・資格確認書を発見したときは、すみやかに組合に返却いたします。
- 紛失した被保険者証・資格確認書を不正使用され、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 _____

注意事項

病院が紛失したときは、その病院・診察所の証明書を添付してください。