

健康保険被保険者証返納不能届

(被保険者証の再交付が不要の場合)

住友ファーマ健康保険組合理事長殿

常務理事	事務長	係員

被 保 険 者	記号	番号	氏 名		
返 納 不 能 対 象 者	氏 名	生年月日		続柄	
		S□ H□ R□	年	月	日
		S□ H□ R□	年	月	日
		S□ H□ R□	年	月	日
		S□ H□ R□	年	月	日
返 納 不 能 理 由	保険証を返納できない状況を詳細に記入して下さい。				
	※紛失の場合は最寄りの警察に必ず 届け出て、下記の欄に記入して下さい。				
届出した警察 の名称			届出日	令和	年 月 日
上記のとおり 被保険者証を返納できません。今後は紛失または破損することのないよう注意するとともに、紛失した被保険者証を発見したときは、直ちにこれを返納いたします。					
なお、紛失した被保険者証の不正使用により貴組合が損害を被ったときは、その責を負います。					

事 業 主 確 認	被保険者から被保険者証の返納不能届が提出されました。 今後はこのようなことのないよう充分指導いたします。				
	<input type="checkbox"/> この届出については、下記の2点を確認しています。 1. 申請者本人（被保険者）が作成していること。 2. 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認していること。				

(注意事項)

- この届は、退職等で被保険者資格を喪失した際、就職等で扶養から外れる際に、被保険者証を返納できない場合に提出してください。
- 被保険者証の再交付を申請する場合は、この届ではなく、「健康保険被保険者証再交付申請書」を提出してください。

健保受付日付印