

常務理事	事務長	係

## 健康保険被保険者証添付不能届

健康保険被保険者証の記号					
健康保険被保険者証の番号	被保険者氏名	添付できない被保険者(被扶養者)の氏名	資格喪失年月日 または被扶養者でなくなった年月日	被保険者の住所又は居所	該当する項目を○印で囲み、健康保険被保険者証を喪失届又は被扶養者(異動)届に添えて返納できない理由を記入して下さい。
			平成 年 月 日	〒 —	滅失
			平成 年 月 日		
			平成 年 月 日	TEL	その他
			平成 年 月 日	〒 —	滅失
			平成 年 月 日		
			平成 年 月 日	TEL	その他
			平成 年 月 日	〒 —	滅失
			平成 年 月 日		
			平成 年 月 日	TEL	その他
			平成 年 月 日	〒 —	滅失
			平成 年 月 日		
			平成 年 月 日	TEL	その他
			平成 年 月 日	〒 —	滅失
			平成 年 月 日		
			平成 年 月 日	TEL	その他

上記のとおり健康保険被保険者証の回収ができませんのでお届けします。なお今後被保険者証の回収不能のないように注意すると共に今回の回収不能の被保険者証によって保険給付事故発生の場合は事業主において解決の責任を負います。

令和 年 月 日

大阪機械工具商健康保険組合 殿

事業所 所在地  
名称  
事業主 (代表者)