【提出先】
〒530-0004 ス
サントリー大阪オフィス内
サントリー健康保険組合宛

Submit to:
By post: Suntory Health Insurance Association 2-1-40 Dojimahama, Kita-ku, Osaka 530-0004

EXAMPLE

Health Insurance Number or Employee Number

健康保険被保険者証等　　証　返　却　不　能　届

Notification of Loss of Health Insurance Card, etc.

Insured Person's Name

健康保険被保険者番号	被保険者番号（または社員番号） 123456	被保険者氏名	健康　太郎
返却出来ない証等の対象者名	健康　花子　　続柄: 妻	返却出来ない証等の種類	健康保険証・資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証
返却出来ない証等の対象者名	続柄:	返却出来ない証等の種類	健康保険証・資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証
返却出来ない証等の対象者名	続柄:	返却出来ない証等の種類	健康保険証・資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証
返却出来ない証等の対象者名	続柄:	返却出来ない証等の種類	健康保険証・資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証
返却出来ない証等の対象者名	続柄:	返却出来ない証等の種類	健康保険証・資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証

Health Insurance Card

Applied Person's Name

Relationship

Eligibility Verification Certificate

MaximumCo-payment Certificate for Health Insurance

健康保険被保険者証等を紛失いたしましたので、届出いたします。
失った被保険者証等を発見したときは、ただちにお返しいたします。
なお、紛失被保険者証等の不正使用によって貴組合に損害を生ぜしめたときは、
その弁済の責に任じることを誓約します。

Application Date (YY/MM/DD)

【和暦】　●年　●月　●日

Address

住 所　東京都〇〇区▲▲町1-2-34

Insured Person's Name

氏 名　健康　太郎

注意1）　この証返却不能届は、健保組合に保険証等を返却することができないときに提出して下さい。

注意2）　屋外での保険証等の紛失・盗難にあった場合は、悪用される危険性がありますので、最寄の警察に紛失・盗難届を出すようにしてください。紛失・盗難の法的な証明となります。

※健保処理欄	決裁	常務理事	事務長	担当者	資格取得 扶養認定 年月日	年　月　日
					資格喪失 扶養抹消 年月日	年　月　日

202411