

EXAMPLE

【提出先】

郵送の場合：〒530-0000  
サ

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

社内メールの場合：サントリー大阪オフィス内 健保組合宛

Notification of Loss Health Insurance

健康保険被保険者証等 証 返 却 不 能 届

Health Insurance Card Number

Insured Person's Name

健康保険被保険者証	被保険者番号 (氏名コード) <b>123456</b>	被保険者氏名	<b>健保 太郎</b>
返却出来ない証の対象者名	<b>健保 花子</b> Applied Person's Name	続柄: <b>妻</b> Relationship	返却出来ない証の種類 健康保険証 Health Insurance Card 健康保険証 Maximum Co-payment Certificate for Health Insurance ・ 健康保険証 ・ 限度額適用認定証 ・ 高齢受給者証 ・ 特定疾病療養受療証
返却出来ない証の対象者名		続柄:	健康保険証 ・ 限度額適用認定証 ・ 高齢受給者証 ・ 特定疾病療養受療証
返却出来ない証の対象者名		続柄:	健康保険証 ・ 限度額適用認定証 ・ 高齢受給者証 ・ 特定疾病療養受療証
返却出来ない証の対象者名		続柄:	健康保険証 ・ 限度額適用認定証 ・ 高齢受給者証 ・ 特定疾病療養受療証

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)

● 年 ● 月 ● 日

Address

住所 **東京都〇〇区〇〇町1-2-34**

Insured Person's Name

氏名 **健保 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	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
	裁					