

【記入例】

常務理事	事務長	主任	担当者

健康保険被保険者証返納不能理由書

記号	番号	被保険者氏名	性別	被扶養者の有無
100	1234567	大暖 太郎	男・女	有・無
被保険者の住所等	〒****-**** 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町 **-** Tel ( ** ) **** - ****			
返納不能該当者の	氏名	生年月日	被保険者との続柄	
	大暖 花子	****年**月**日生	妻	
返納不能理由	(例) ・誤って破棄してしまった。 ・保険証を保管している場所を何回探しても見つからず、家中、病院等思いあたる場所は探しましたが見つからず、現在に至ります。			
事業主の証明	<p>上記被保険者証の返納を求めましたが、上記理由で返納できませんので、無効被保険者証によって生ずる一切の責任は事業主において負担いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">事業主の証明が必要</div> <p style="text-align: right;">(印)</p>			