

## 健康保険被保険者証返却不能届(任意継続被保険者用)



デサント健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

被 保 険 者	証記号	証番号	フリガナ	現 住 所	
	20		氏 名  (印)  (シャチハタ可))		

添付できない方の氏名等をご記入ください。

フリガナ 氏 名	性 別	生 年 月 日	続 柄	資 格 喪 失 日	返 却 不 能 理 由
	男 女				<input type="checkbox"/> 1、紛失 <input type="checkbox"/> 2、破棄 <input type="checkbox"/> 3、その他
	男 女				<input type="checkbox"/> 1、紛失 <input type="checkbox"/> 2、破棄 <input type="checkbox"/> 3、その他
	男 女				<input type="checkbox"/> 1、紛失 <input type="checkbox"/> 2、破棄 <input type="checkbox"/> 3、その他
	男 女				<input type="checkbox"/> 1、紛失 <input type="checkbox"/> 2、破棄 <input type="checkbox"/> 3、その他

上記の通り被保険者証の返却が出来ません。

万一、上記の被保険者証によって事故が発生した時は一切の責任を負います。