

健康保険被保険者証
高齡受給者証 返納不能届

ナブテスコグループ
健康保険組合 理事長 殿

常務理事	事務長	担当者

被保険者 記号・番号	記号		番号		氏名	
資格喪失年月日	令和	年	月	日	生年月日	昭・平・令 年 月 日
返納不能の事由 【注意】 単に紛失、不明等ではなく返納に努めてから返納不能に至るまでの経過を <u>詳細に記載</u> してください。 なお被保険者の連絡先（住所・電話番号）を記載してください。			返納不能対象者氏名・（続柄）		（ ）	
			返納不能届出の証の種類（該当に○）		健康保険証 ・ 高齡受給者証	
			(返納不能の事由)			
			(被保険者の住所・電話番号)		〒 (TEL)	
上記のとおり証を返納できません。なお今後発見、返納可能となった場合は直ちに返納します。						
令和 年 月 日			事業所名称及び所在地			
			事業主氏名			
			(TEL)			

◎ 訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。

——— 受付日印 ———