

健康保険被保険者証

高齢受給者証

返納不能届

常務理事	事務長	担当者

ナブテスコグループ

健康保険組合 理事長 殿

被保険者 記号・番号	記号		番号		氏名		性別	男・女	
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				返納不能対象者氏名・(続柄)			()		
【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。				返納不能届出の証の種類(該当に○)			健康保険証 ・ 高齢受給者証		
				(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 (被保険者住所) 事業主氏名印 (印) (被保険者氏名印) (印)					
						(TEL)			

——— 受付日印 ———