資格喪失時紛失用

健康保険被保険者証を返納できない理由及び誓約書

<table>
<tr><td colspan="2">被保険者証</td><td>記号</td><td></td><td>番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">被保険者</td><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td><td>性別</td><td>男 ・ 女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="5">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">〒</td></tr>
<tr><td>資格取得日</td><td colspan="5">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>資格喪失日</td><td colspan="5">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">返納対象者
対象者に〇印を記入ください</td><td colspan="5">被保険者　・　被扶養者　（氏名　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">健康保険被保険者証を返納できない理由
（具体的に記入）</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

上記の理由により健康保険被保険者証の返納ができません。

資格喪失（退職）後に健康保険被保険者証は一切使用しません。

後日、健康保険被保険者証が見つかった場合は直ちに返納します。

万一、資格喪失（退職）後に使用があった場合、医療費は責任を持って貴健康保険組合に返納します。

年　　月　　日

届出者　氏名　　（自署）

退職後の連絡先　　郵便番号

住　所

電話番号