

【事業主】 → 【健康保険組合】

常務理事	事務長	課長	係

**健康保険**      **被保険者証**      **返納不能届**  
**高年齢受給者証**      **限度額適用認定証**  
**資格確認書**

① 健康保険被保険者 記号・番号	② 被保険者の氏名	③ 被保険者の現住所
.	(氏)                      (名)	〒
		TEL

④ 返納できない者の	氏	名	⑤ 返納不能の証等 ※該当する証等に○	⑥ 返納できない理由を記入してください。
			被保険者証	
			高年齢受給者証	
			限度額適用認定証	
			資格確認書	
			被保険者証	
			高年齢受給者証	
			限度額適用認定証	
			資格確認書	
			被保険者証	
			高年齢受給者証	
			限度額適用認定証	
			資格確認書	

上記のとおり証等を返納することができませんので届出します。  
引き続き、回収に努めることとし、証等を回収した場合は直ちに返納します。

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名

令和      年      月      日