常務理事	事務長		係

受付日

健康保険被保険者証　返納不能届

（発行通番

番号が不明な方は、社員コードを記入してください

健康保険の記号番号	記号 3	番号 1234567	被保険者の氏名	日 興　太 郎
被保険者の生年月日	昭和・平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日		資格取得日	昭和・平成・令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日
被保険者の住所	○○県○○市○○○町○－○－○			
事業所名	●●●●●●● 株式会社 ●●●●●●● 部 ●●●●● 支店 ●●●●● 課 TEL ●●● (●●●●) ●●●			

返納不能対象者氏名	生年月日	続柄	返納不能対象者氏名	生年月日	続柄
日 興　太 郎	S●●. ●●. ●●	本人			
日 興　花 子	S●●. ●●. ●●	妻			
日 興　一 郎	H●●. ●●. ●●	長男			

返納不能となる 対象者の氏名のみ 記入してください

滅失の年月日	令和 ● 年 ● 月 ● 日	滅失の場所	●●●●駅	滅失した理由	1 盗難 (4) 紛失 2 遺失 5 その他 3 焼失 （　　）

保険証の記号・番号に代えて個人番号（マイナン
ください（マイナンバーを記載した場合は、個人

滅失の場合は、年月日・場所・理由を必ず記入してください

誓約書（記入必須）

上のとおり被保険者証を滅失いたしましたが、尚発見につとめ、発見した際は直ちに返納いたします。
又後日この滅失により貴組合に損害を与えたときは、一切その責任を負います。

被保険者（社員）の署名・捺印をしてください

令和 ● 年 ● 月 ● 日

被保険者署名　日　興　太　郎　印

事業主の証明並びに連帯保証（記入必須）

被保険者 日 興 太 郎 が被保険者証を滅失したこと 証明
します。又、後日に至り、この滅失により貴組合に損害を与えた こ
任じます。

被保険者氏名を記入してください

一般被保険者（社員）の方は事業主（社長等）の承認印をもらってください

令和　　年　　月　　日

事業所名称・代表者名　㊞

※ 一般被保険者（社員）の方は事業主（社長等）の承認印をもらってください

ＳＭＢＣ日興証券(株)の方の承認印は、第二人事課で押印となります（送付先：第二人事課）