

資格喪失時、保険証が返却できないとき

被保険者情報	被保険者証 の(左づめ)	記号(1か2) <input type="text"/>	番号(保険者番号06270748ではありません) <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 □昭和 □平成 □令和
	氏名 (フリガナ)			解退職 の事由

保険証の返却ができない方	回収できない被保険者証 (該当するものに○をつけてください)	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証		資格喪失年月日 年 月 日 令和	
	被保険者証の滅失となった状況	年 月 日被保険者より 年 月 日 年 月 日 事業所担当者が健康保険組合に返却したと思われるが その過程で滅失となる			へ返却 が被保険者証を受理
	氏名		続柄		生年月日 年 月 日 □昭和 □平成 □令和
	氏名		続柄		生年月日 年 月 日 □昭和 □平成 □令和
	氏名		続柄		生年月日 年 月 日 □昭和 □平成 □令和

事業主 証明欄	上記のとおり被保険者証を回収することができません。			年 月 日
	事業所所在地			
	事業所名称			
	事業主名	TEL	()	

大阪ガス健康保険組合	受付日付印
------------	-------

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。