

健康保険組合		
長	長	担当者

受付年月日

事業主側経由所属		
長	長	担当者

## 証等回収不能届

関西電力健康保険組合 常務理事 殿

被保険者番号	被保険者氏名	生年月日	会社名	所属
		昭和・平成 年 月 日		
資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日	

### 紛失の事由

回収不能の証など (該当するもの全てにチェック下さい)	<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証
	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額認定証	

対象者	氏名	続柄	氏名	続柄	氏名	続柄
対象者	氏名	続柄	氏名	続柄	氏名	続柄

回収不能理由	<input type="checkbox"/> 置き忘れ、または落とした。	<input type="checkbox"/> 誤って廃棄した。(保管場所不明)	<input type="checkbox"/> 盗難にあった。
	<input type="checkbox"/> その他 ※その他の場合は詳しい理由を下記へ記入ください。		
	[ ]		

### 《念書》

上記の届書に記載した通り、証の返却をすることができません。  
この証について、万一事故がありました場合は責任をもって弁償致しますとともに、紛失した証等を発見致しました場合はただちに返納いたします。

令和 年 月 日 被保険者氏名

印

〔自筆の場合、押印は省略可〕

### 事業主証明欄

上記の通り回収不能につきお届けします

令和 年 月 日 事業主代理人 職氏名

【注意】事実を証するに足る証明書等があれば添付してください

(令和7年12月)