

健康保険組合			受付年月日	事業主側経由所属		
長	長	担当者		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	
				昭・平 年 月 日			
資格取得 年月日	平・令 年 月 日	資格喪失 年月日	令 年 月 日		所属		

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)	☐ 資格確認書	☐ 高齢受給者証	☐ 限度額適用認定証
	☐ 特定疾病療養受療証	☐ 限度額適用・標準負担額認定証	
	☐ 被保険者証(本人)	☐ 被保険者証(家族)	

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

回収不能理由	☐ 置き忘れ、または落とした。	☐ 誤って廃棄した。(保管場所不明)	☐ 盗難にあった。
	☐ 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 ⑩

「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