

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

## 被保険者証等紛失届（回収不能）

関西電力健康保険組合 常務理事 殿

被保険者証番号	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	昭・平・令 年 月 日	資格喪失年月日	平・令 年 月 日	所属

### 紛失の事由

紛失した証 (該当するもの全てにチェック下さい)	<input type="checkbox"/> 被保険者証(本人)	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証
	<input type="checkbox"/> 被保険者証(家族)	<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
	氏名	続柄	氏名	続柄	氏名	続柄

紛失理由 (回収不能)	<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、紛失した被保険者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

### 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 印