

常務理事	事務長	係長	係

健康保険 被保険者証(高齢受給者証) 未返納届  
限度額適用認定証

被保険者証の記号・番号		記号					番号					
被保険者であった者の氏名												
被保険者であった者の住所(連絡先)		〒				—				電話番号 ( )		
未返納の対象者	氏名		生年月日				性別	続柄	返証できない いずれかに○印	返納できない理由		
	被保険者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 1. 女 2.	本人	被保険者証 限度額適用認定証			
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 1. 女 2.		被保険者証 限度額適用認定証			
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 1. 女 2.		被保険者証 限度額適用認定証			
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 1. 女 2.		被保険者証 限度額適用認定証			
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 1. 女 2.		被保険者証 限度額適用認定証			

【 被保険者証(高齢受給者証)限度額適用認定証 未返納による誓約 】

上記のとおり 被保険者証(高齢受給者証)・限度額適用認定証 を滅失しましたが、発見した時は直ちに返納するとともに、他人に使用された場合の診療費については、責任を負うことを誓約します。

年 月 日

岐阜繊維健康保険組合理事長 様

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名

