被保険者証未添付理由書

川口工業健康保険組合　理事長　殿

被保険者証				被保険者氏名	資格喪失または扶養削除日
記号		記号			年　月　日

対象者続柄	対象者氏名	対象者続柄	対象者氏名
返納不能理由 (詳細にご記入ください)			

事業主　殿

上記対象者は、資格喪失または扶養削除となりましたが、上記の理由にて被保険者証を返納することが出来ません。これにより事故等が生じた場合は、一切の責任を私が負う事を誓います。

年　月　日

被保険者
住所
氏名　㊞
電話番号　(　)

上記の事由により被保険者証を添付できませんのでお届けいたします。尚、引き続き回収に努め、回収後は速やかに返納いたします。今後は充分留意いたしますので、よろしくお取り扱いの程お願い致します。

年　月　日

事業所所在地
事業所名
事業主氏名　㊞