



常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者証返却不能届

沖電気工業健康保険組合 御中

(被保険者が被保険証の紛失により事業主に返却できない場合に使用する。)

被 保 険 者 氏 名				性 別	1. 男 2. 女	
生 年 月 日	1. 大 2. 昭 3. 平 年 月 日 生 歳					
被 保 険 者 現 住 所	〒 _____ TEL (_____)					
被保険者証の 記号・番号	記 号		番 号			
所 属	TEL _____					
紛失した者の 氏名・続柄	氏 名				続 柄	
紛 失 理 由 (詳しく具体的に)						
事 業 所 事 業 主	所在地 名称 氏名					

A1050_0507