

健康保険遠隔地被保険者証返納届

常務理事	事務長		担当

データ	/	保険証	/				
被保険者の記号・番号		被保険者氏名		被保険者住所			
記号	番号	(氏)	(名)	印			
申請理由							
返納の対象となる被扶養者	(フリガナ) 被扶養者の氏名		生年月日	性別	続柄	遠隔地番号	被扶養者の住所
	(氏)	(名)	年号 年 月 日	男女			
	(氏)	(名)	年号 年 月 日	男女			
	(氏)	(名)	年号 年 月 日	男女			
	(氏)	(名)	年号 年 月 日	男女			

上記の申請について事実に相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

NDS健康保険組合理事長 殿

事業所所在地
事業所名
事業主名

印

受付日付印

(注) この届書には、被保険者証と遠隔地被保険者証を必ず添付すること。