

# 理 由 書

(喪失日に被保険者証が返却できない場合)

平成 年 月 日

MBK連合健康保険組合 御中

喪失日までに被保険者証が返却できない理由は下記のとおりです。

(詳細に記入してください) \_\_\_\_\_

また、被保険者証は平成 年 月 日までに事業所へ返却いたします。

なお、資格喪失後に保険証を使用した場合には、組合からの医療費返還請求に応じることを了承いたします。

## 記

記号・番号	_____
未回収者氏名	_____ (本人・家族)
資格喪失年月日	_____ 平成 年 月 日
資格喪失後の住所	_____ 〒 _____
電話番号 (自宅)	_____
緊急連絡先	_____

被保険者の氏名

印

以上

上記内容に関し、厚生労働省の通達のとおり、弊社においても保険証回収の徹底について責任を持って行なうことをお約束いたします。なお、保険給付に事故が発生した場合、その解決にも責任を持って対処いたします。

平成 年 月 日

事業所の所在地及び名称

事業主の氏名

印