

〒

122 - 375

トランス・コスモス健康保健組合  
東京都渋谷区東 2-23-3 タゴシンビル 4 階  
(適用担当) TEL 03-3409-2028

健康保険証の返却のお願い

貴殿は健康保険の資格喪失(資格喪失日: 令和3年9月1日)をされましたが、本文書作成日時点で健康保険証の返却が確認できていませんので、同封の返信用封筒にてすみやかにご返却くださいますようお願いいたします。なお、すでに会社等へご返却されている場合は、下記にその状況をご記入のうえ、本文書をご返送くださいますようお願いいたします。

記

- 対象者名 孫 樹斌 様 (カード証交付日: 令和3年6月14日交付)  
■返却期限 令和3年11月15日(月) 必着  
■返却状況 ※すでにご返却済みの場合は該当する箇所を記入して下さい。

(1) 手渡し: 令和 年 月 日

会社名			
氏 名		部署名	
連絡先		役 職	

(2) 郵 送: 令和 年 月 日

会社名			
氏 名		部署名	
連絡先		役 職	
投函郵便局			

(3) その他: 上記(1)、(2)以外の場合のみ使用

令和 年 月 日  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

※当組合発行の高齢受給者証・特定疾病受給者証・限度額認定証をお持ちの場合は一緒にお返し下さい。

以上