

## 保険証 返納同意書

記号 - 番号	記号 ( ) 番号 ( )
会社名	
氏名	
返納日	年 月 日 (同意書を記載の日付)

- ・ 保険医療機関、保険調剤薬局等を利用の際はマイナンバーカードを利用するため保険証を返納することに同意します。
- ・ 利用できなかった際は健保負担分を一度立て替え、療養費支給申請書にて申請します。

## 【返納保険証貼付欄】
