

健康保険 資格確認書 回収不能届

〔資格喪失（退職・被扶養者削除等）時に提出〕

下記の通り、資格確認書を紛失しましたので届出いたします。

										届出日（記入日） 令和 年 月 日								
記号			番号						生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和				年	月	日
被保険者氏名 (フリガナ) _____																		
現住所		(〒 _____)																
現在の勤務地	名称																	
	所在地	〒 (_____)																
電話番号 (日中の連絡先)		(_____)																

回収不能の対象者	氏名	生年月日	高齢受給者証		資格確認書を返納できない理由
			交付	返納	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

<注意事項> 紛失の場合は、念のため警察へ届け出てください。発見された紛失物は健保組合に返却してください。

事業主欄

上記の通り、被保険者から回収不能の申請がありましたので、届出いたします。

事業所所在地	(〒 _____) 都 道 府 県		
事業所名称			
事業主氏名			
電話番号	(_____)		

健康保険組合使用欄

資格確認書回収不能届受付日
年 月 日

決済	常務理事	事務長	係 員