

## 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	7	年	5	月	23	日		
記号	●	●	番号	●	●	●	●	●	●	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	48	年	10	月	1	日
被保険者氏名		(フリガナ) トウヨウ タロウ 東洋 太郎																	
現住所		(〒 581 - 0084 ) 大阪府八尾市植松町●-●-●● ●●●●マンション302号																	
現在の勤務地	名称	東洋アルミニウム株式会社 八尾製造所																	
	所在地	〒 ( 581-0082 ) 大阪府八尾市相生町4-8-1																	
電話番号 (日中の連絡先)		072 ( 993 ) 1511																	

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	
	東洋 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 48年10月1日	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自宅にて保管していたつもりが 発見できませんでした。
		<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	(〒 581 - 0082 ) 大阪 都道 八尾市相生町4-8-1 府 県
事業所名称	東洋アルミニウム株式会社 八尾製造所
事業主氏名	所長 ●●●●
電話番号	072 ( 993 ) 1511

事業主（人事）の方が記入の上、  
健保組合に提出してください  
(捺印省略)

### 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