

健康保険被保険者証・資格確認書返納不能届

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

受付印

令和 年 月 日提出

| | |
|--------|-----|
| 事業所所在地 | 〒 - |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電話番号 | |

大阪線材製品健康保険組合理事長

| |
|------------|
| 社会保険労務士記載欄 |
| 氏名等 |

☆続柄は子と記入しないで正式な続柄を記入してください

下記のとおり健康保険被保険者証等を返納することができませんのでお届けします。なお、今後は健康保険被保険者証等の回収に努め、回収不能のないように注意するとともに万一保険事故が発生した場合は、その解決に努めます。

| | |
|--------------------------|---|
| 確認欄 | この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 |
| <input type="checkbox"/> | ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |

| | | | | | | | | | |
|--------|--------|----|------------|----------|---|---|---|----|-----|
| 被保険者の | 記号 | 番号 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男 女 |
| | (フリガナ) | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | 住所 | | (TEL - -) | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------|----------|------|----------------|---|----|---|----|-----|
| 回収不能等の方 | 氏名 | (フリガナ) | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男 女 |
| | | | | | | | | | |
| | 喪失・削除年月日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 続柄 | | | |
| 該当する項目に○をつけて返納できない理由を記入してください | | | | | | | | | |
| 滅失 | (理由) | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------|----------|------|----------------|---|----|---|----|-----|
| 回収不能等の方 | 氏名 | (フリガナ) | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男 女 |
| | | | | | | | | | |
| | 喪失・削除年月日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 続柄 | | | |
| 該当する項目に○をつけて返納できない理由を記入してください | | | | | | | | | |
| 滅失 | (理由) | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------|----------|------|----------------|---|----|---|----|-----|
| 回収不能等の方 | 氏名 | (フリガナ) | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男 女 |
| | | | | | | | | | |
| | 喪失・削除年月日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 続柄 | | | |
| 該当する項目に○をつけて返納できない理由を記入してください | | | | | | | | | |
| 滅失 | (理由) | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | |