

健康保険資格確認書返納（回収）不能届

常務理事	事務長	担当者

被保険者 記号・番号	記号 2001	番号 00000	被保険者 氏名	健保 太郎
被保険者 住所	(〒 000 - 0000 ) 〇〇県〇〇市〇〇1-1			
被保険者 勤務先	〇〇株式会社 〇〇事業所			
返納不能等の 対象者氏名	続柄	生年月日	資格確認書を返納できない理由	
健保 太郎	本人	S・H・R 〇〇年〇〇月〇〇日	誤って破棄してしまったため	
健保 一郎	長男	S・H・R 〇〇年〇〇月〇〇日	同上	
		S・H・R 年 月 日		
		S・H・R 年 月 日		
		S・H・R 年 月 日		
念 書				
<p>1. 健康保険資格確認書滅失による一切の責任を負います。</p> <p>2. 滅失した健康保険資格確認書が見つかった時（有効期限内）は直ちに返納します。</p> <p style="text-align: right;">R00 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>住 所 : 〇〇県〇〇市〇〇1-1</p> <p>氏 名 : 健保 太郎</p>				
<p>上記のとおり、健康保険資格確認書を回収することができません。</p> <p style="text-align: right;">R00 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>事業所名 : 〇〇株式会社</p> <p>事業主名 : 〇〇 〇〇</p>			<p>受付印</p>	