常務理事	事務長	担当者

健康保険資格確認書返納（回収）不能届

被保険者 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	
被保険者 住所	（〒　　－　　）			
被保険者 勤務先				

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
		S・H・R　　年　　月　　日	
		S・H・R　　年　　月　　日	
		S・H・R　　年　　月　　日	
		S・H・R　　年　　月　　日	
		S・H・R　　年　　月　　日	

念　　書

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。
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。

年　　月　　日

住　所　：

氏　名　：　　印

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。

年　　月　　日

事業所名：

事業主名：　　印

受付印