

常務理事	事務長	担当者

健康保険 資格確認書返却不能届

被保険者情報	記号	番号	被保険者の氏名	生年月日
				昭和 平成 年 月 日
	住所	〒 - (フリガナ) 都道 府県		

返却不能対象者	氏名	続柄	生年月日	返却不能の理由
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破棄した <input type="checkbox"/> その他()
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破棄した <input type="checkbox"/> その他()
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破棄した <input type="checkbox"/> その他()
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破棄した <input type="checkbox"/> その他()
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破棄した <input type="checkbox"/> その他()
備考				

上記のとおり健康保険資格確認書返却不能のため申請します。

令和 年 月 日 提出

受付印