

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
	1 0 1 1	2 5 6 8	健保 太郎	昭和 平成 50 年 10 月 30 日
	住所	〒 103-0000 (フナナ) トウキョウト △△△ク ○□チヨウ 東京 都道府県 △△△区 ○□町 1-8-7		

返却不能対象者	氏名	続柄	生年月日	返却不能の理由
	健保 花子	妻	昭和 平成 47 年 9 月 25 日 令和	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破棄した <input type="checkbox"/> その他()
			昭和 平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破棄した <input type="checkbox"/> その他()
			昭和 平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破棄した <input type="checkbox"/> その他()
			昭和 平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破棄した <input type="checkbox"/> その他()
			昭和 平成 年 月 日 令和	<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 4 年 5 月 6 日 提出

受付印