

	常務理事	事務長	課 長	担 当
伺				

健康保険 資格確認書回収不能・滅失届

被保険者		記 号	番 号

被 保 険 者 欄	被保険者氏名	(フリガナ) 年 月 日	被保険者生年月日	昭 和 平 成 年 月 日
	被保険者住所	〒 -		電話番号 ()

回収不能の対象者	対象者氏名	生年月日		高齢受給者証		確認書を返納できない理由
				交付	返納	
		昭和 平成	年 月 日	有・無	有・無	
		昭和 平成	年 月 日	有・無	有・無	
		昭和 平成	年 月 日	有・無	有・無	
		昭和 平成	年 月 日	有・無	有・無	
		昭和 平成	年 月 日	有・無	有・無	

事業主欄	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

受付印