

	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
		123	31
被 保 険 者 欄	被保険者氏名	(フリガナ) マルマル マルマル 〇〇 〇〇	被保険者生年月日 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 平成 〇 年 〇 月 〇 日
	被保険者住所	〒 000 - 0000 埼玉県〇〇市〇〇町1-2-3	
		電話番号	048 (0000) 0000

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	
	〇〇 ××	昭和 〇 年 〇 月 〇 日 平成 〇 年 〇 月 〇 日	有・無	有・無	滅失
		昭和 〇 年 〇 月 〇 日 平成 〇 年 〇 月 〇 日	有・無	有・無	
		昭和 〇 年 〇 月 〇 日 平成 〇 年 〇 月 〇 日	有・無	有・無	
		昭和 〇 年 〇 月 〇 日 平成 〇 年 〇 月 〇 日	有・無	有・無	

事 業 主 欄	事業所所在地	〒 000 - 0000 埼玉県さいたま市〇〇区〇〇町4-5-6
	事業所名称	株式会社〇〇建設
	事業主氏名	代表取締役 〇〇 〇〇
	電話番号	048 (0000) 0000

受付印