

常務理事	事務長	次長	課長	係長	係

健康保険 資格確認書 回収不能届

被 保 険 者 情 報	記 号		番 号		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	氏 名								
	資格喪失年月日	令和 年 月 日							

▼被保険者を含め対象者を記入してください。

資 格 確 認 書 の 回 収 が で き な か っ た 者	氏 名（フリガナ）	続 柄	生年月日	備 考
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	

被保険者の現住所 または最後の住所	〒								
回収不能となった 理由（詳しく）									
返納督促の状況	令和	年	月	日					
	令和	年	月	日					
	令和	年	月	日					
	令和	年	月	日					

事 業 主 の 証 明	上記のとおり資格確認書を回収することができません。 資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。				
	令和 年 月 日				
	事業所所在地				
	事業所名称				
	事業主氏名				
電 話 番 号					

受 付

神奈川県電子電気機器健康保険組合

【注意事項】  
この届書は、事業主が資格確認書の返納について、再三の返納督促にもかかわらず返納がされなかった場合に「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。