

健保決裁欄	常務理事	事務長	課長	担当

大王製紙健康保険組合 常務理事 殿

資格確認書返却不能届

◎この届は資格喪失または扶養削除時に資格確認書を返却できない場合に提出します。

提出日: 令和 年 月 日

被保険者情報	記号		番号		事業所名					
	氏名	(フリガナ)				生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	資格取得日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	電話番号				
住所	〒 ー									

なお、紛失(滅失)した資格確認書を第三者が使用する等のために生じた一切の事故弁済責任は私が負担することを誓約いたします。

返却不能者氏名	氏名	続柄	生年月日					返却不能理由
	(フリガナ)			5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	
(フリガナ)			5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日		
(フリガナ)			5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日		
(フリガナ)			5.昭和 7.平成 9.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	

受付年月日