

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

資格確認書回収不能届 (事業所記入)

◎この届は資格喪失時に資格確認書を回収できない場合に事業所が提出します。

被 保 険 者 情 報	事業所名													
	記号		番号		氏名			(フリガナ)						
	資格取得日		5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	退職日		9.令和	年	月	日		
	退職時 住所	〒 -										性別	1 男 2 女	

回 収 不 能 者 氏 名	氏名	続柄	生年月日				回収不能理由
	(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	
返納督促状況		年 月 日 呼出・訪問・TEL・内容証明郵便・その他()					
		年 月 日 呼出・訪問・TEL・内容証明郵便・その他()					
		年 月 日 呼出・訪問・TEL・内容証明郵便・その他()					
		年 月 日 呼出・訪問・TEL・内容証明郵便・その他()					

事 業 主 欄	記載の通り、資格確認書を回収し、貴組合に返納することができません。
	今後も回収に努め、回収できた時は直ちに返納いたします。
	また、回収までの間に、万が一保険診療を受けた場合には、医療費の回収に努めます。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名