

健康保険

## 資格確認書 回収不能届 (滅失)

事業主記入用

下記の事由に該当するため、届出します。

申請日

年

月

日

資格喪失時、資格確認書が返却できないとき

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者	記号 (1か2)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください						
	氏 名	(フリガナ)			生年月日	年	月	日		
					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和					
	解 退 職 の 事 由				資格喪失年月日	年	月	日		
					令和					

資 格 確 認 書 の 返 却 が で き な い 方	資格確認書の 滅失と なった状況	年	月	日	被保険者より	年	月	日	へ返却	
		年	月	日		年	月	日	が資格確認書を受理	
		年	月	日	事業所担当者が健康保険組合に返却したと思われるがその過程で	年	月	日	滅失となる	
	氏 名	(フリガナ)			続 柄		生年月日	年	月	日
							<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
氏 名	(フリガナ)			続 柄		生年月日	年	月	日	
						<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
氏 名	(フリガナ)			続 柄		生年月日	年	月	日	
						<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
氏 名	(フリガナ)			続 柄		生年月日	年	月	日	
						<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				

事 業 主 欄	上記のとおり資格確認書を回収することができません。	年	月	日
	事業所所在地			
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話番号			

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印