

資格確認書 回収不能届

常務理事	部(次)長	課長	課長代理	係長	担当者

健康保険 の記号					
健康保険 の番号	被保険者氏名	対象者区分	家族に○をされた場合 該当被扶養者氏名	該当する項目を○で囲み、資格確認書を「喪失届」又は「被扶養者(異動)届」に添えて返納できない理由を記入してください。	
				資格喪失または被扶養者 でなくなった年月日	被保険者の住所または連絡先
		本人・ 家族		滅失・その他	(理由)
				令和 年 月 日	〒 - TEL ()
		本人・ 家族		滅失・その他	(理由)
				令和 年 月 日	〒 - TEL ()
		本人・ 家族		滅失・その他	(理由)
				令和 年 月 日	〒 - TEL ()
		本人・ 家族		滅失・その他	(理由)
				令和 年 月 日	〒 - TEL ()

上記のとおり資格確認書を返納することができませんのでお届けします。なお、今後資格確認書の回収不能のないよう注意するとともに、万一、保険事故が発生した場合は、その解決に努めます。

令和 年 月 日

大阪薬業健康保険組合理事長様

受付印

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()