

(事業主用) 健康保険 資格確認書 返納不能届

九 電 工 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿

提出日	令和		年		月		日
-----	----	--	---	--	---	--	---

被 保 険 者 欄	記号・番号	(記号)	(番号)	又は	個人番号														
	所属事業所 社員番号	(会社名)			(支店・営業所・部門名)										(社員番号)				
	氏名	(フリガナ)			生年月日	☐ 昭和		年		月		日	性別	☐ 男	☐ 女				
		(氏)				(名)													
住民票の住所	〒																		

※対象者を全員記入してください。

被 保 険 者	続柄	本人	返納不能 理由	
------------------	----	----	------------	--

被 扶 養 者 1	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	☐ 昭和		年		月		日	性別	☐ 男	☐ 女
	続柄	(氏)	(名)		☐ 平成		☐ 令和							☐ 女
	続柄		返納不能 理由											

被 扶 養 者 2	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	☐ 昭和		年		月		日	性別	☐ 男	☐ 女
	続柄	(氏)	(名)		☐ 平成		☐ 令和							☐ 女
	続柄		返納不能 理由											

被 扶 養 者 3	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	☐ 昭和		年		月		日	性別	☐ 男	☐ 女
	続柄	(氏)	(名)		☐ 平成		☐ 令和							☐ 女
	続柄		返納不能 理由											

令和 年 月 日提出	事業所担当者名・ 受付日の記入又は 押印	受付日:令和 年 月 日
上記の者について、資格確認書が回収不能であるため届出します。 なお、資格確認書を回収したときは、直ちに返納します。 事業主 所在地 名称 氏名	社会保険労務士 確認欄	

健 康 保 険 組 合		
常務理事	事務長	担 当

健保組合 受付印