

(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	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
	所属事業所 社員番号	(会社名) 株式会社●●●			(支店・営業所・部門名) ▲▲支店								(社員番号) 987654				
	氏名	(フリガナ) キウコウ	(名) 知ウ		生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成	●	●	年	●	月	●	日	性別	☒ 男 ☐ 女		
		(氏) 九工	(名) 太郎														
住民票の住所	〒 000 - 0000 ●●市▲▲区■1-11-1																

※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	退職日までに返却がなく、その後連絡も取れないため
------	----	----	--------	--------------------------

被扶養者1	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女
	続柄		返納不能理由							

被扶養者2	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女
	続柄		返納不能理由							

被扶養者3	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 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
事業主 所在地 名称 氏名	担当者名 または 担当者 日付印	
	社会保険労務士 確認欄	
	必要に応じて、社会保険労務士 記載	

●●市▲▲区■1-23-4
株式会社●●
代表取締役 ◆◆ ★★

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

健保組合 受付印