

常務理事	事務長	課長	係長	係

資格確認書 返納不能届

被 保 険 者 情 報	健康保険の 記 号		勤務先名称	
	健康保険の 番 号		氏 名	
	住 所	〒 ー		
		TEL ー ー		
	被保険者のマイナンバー記載欄 (健康保険の記号番号を記入した場合は記入不要です)			
	資格喪失年月日 (認定解除年月日)	令和 年 月 日		
返 納 不 能 対 象 者	氏 名	生 年 月 日	返納できない理由 (いつ、どこで、紛失状況等、詳しくご記入ください)	
		昭和・平成・令和 年 月 日	紛失 その他	
		昭和・平成・令和 年 月 日	紛失 その他	
		昭和・平成・令和 年 月 日	紛失 その他	
		昭和・平成・令和 年 月 日	紛失 その他	
		昭和・平成・令和 年 月 日	紛失 その他	
被 保 険 者 署 名 欄	<p>上記のとおり申請します。</p> <p>なお、返納できなかった資格確認書に関する今後一切の責任は私が負います。</p> <p>また、後日見つかった時は速やかに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 被保険者氏名 (自署) _____</p>			