常務理事	事務長	課長	係長	係

記号番号またはマイナンバーのどちらかをご記入ください

資格確認書　返納不能届

被保険者情報	健康保険の記号	記号	勤務先名称	勤務先の名称をご記入ください
	健康保険の番号	番号	氏名	被保険者の氏名をご記入ください
	住所	〒　　－ 被保険者の住所と連絡先をご記入ください TEL　　－　　－		
	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、詳しくお書きください）	
	対象者の氏名をご記入ください	昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日	紛失 その他	紛失状況等をご記入ください
		昭和・平成・令和 年　月　日	紛失 その他	いずれかに○
		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

上記のとおり申請します。
なお、返納できなかった健康保険証に関する今後一切の責任は私が負います。
また、後日、健康保険証が見つかった時は速やかに返納いたします。

令和　○○年　○○月　○○日　　被保険者氏名（自署）　被保険者の氏名をご記入ください

※ 健康保険証を紛失されたり盗難に遭われた場合は、必ず警察に届出してください。

大阪港湾健康保険組合