

常務理事	事務長	課長	係長	係

## 資格確認書 回収不能届

被 保 険 者 情 報	健康保険の 記号		氏 名												
	健康保険の 番号														
	住 所	〒 - - 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											

回 収 不 能 対 象 者	氏 名	生 年 月 日	回収できない理由（詳しくご記入ください）
		昭和・平成・令和 年 月 日	

事 業 主 証 明 欄	上記のとおり申請します。		
	なお、後日回収した場合は、速やかに返納いたします。		
	また、不正使用のあった時など、今後一切の責任は当社が負います。		
	令和 年 月 日	事業所所在地	
	事業所名称		
	事業主氏名		