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　回収不能届

被保険者情報	健康保険の記号	記号	氏名	被保険者の氏名をご記入ください
	健康保険の番号	番号		
	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）	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
	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	回収できない理由をご記入ください
		昭和・平成・令和 年　月　日	
		昭和・平成・令和 年　月　日	
		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　事業所の所在地をご記入ください

事業所名称　事業所の名称をご記入ください

事業主氏名　事業主の氏名をご記入ください

大阪港湾健康保険組合