

※督促	年 月 日
※回収	年 月 日

常務理事	事務長	課長	担当

健康保険資格確認書回収不能・滅失届

被保険者の記号・番号		記号		番号							
被保険者であった者の氏名・住所		氏名		住所							
回収不能等の対象者	被扶養者番号	氏名		生年月日		性別	続柄	高年齢受給者証 交付 返納		資格確認証を返納できない理由	
		被保険者	(氏) (名)	昭和 平成 令和			男 女	本人	有 ・ 無	有 ・ 無	
		被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和			男 女		有 ・ 無	有 ・ 無	
		被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和			男 女		有 ・ 無	有 ・ 無	
		被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和			男 女		有 ・ 無	有 ・ 無	
		被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和			男 女		有 ・ 無	有 ・ 無	
		被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和			男 女		有 ・ 無	有 ・ 無	

上記の者について、資格確認書が回収不能であるため届出します。なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

- ※ この届は資格確認書を返納できない場合に提出します。
- ※ 資格確認書が滅失によって回収不能の時は滅失の詳しい理由(盗難、遺失、焼失、紛失等)の証明書又はそれを記した本人の始末書を添付して下さい。
- ※ 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

⑤
受付印

始末書

氏所
名属

⑨

今般、私の保管不始末により、「資格確認書」を〇〇〇〇の理由により、滅失しました事は誠に申し訳なく、お詫び申し上げます。

今後、このような事の無きよう十分留意致します。

尚、この件に係る全責任は私にあり、今後損害等が発生した際には、健康保険組合に対し、一切ご迷惑をお掛けしない事を誓約致します。

令和 年 月 日

丸全昭和運輸健康保険組合 理事長 殿