

健康保険資格確認書 返納不能届

常務理事	事務長	担当者

【依頼事項】 被保険者記号、番号は必ず記入のうえ提出をお願いいたします。(マイナポータルもしくは「資格情報のお知らせ」で確認してください)

被保険者 記号・番号	記号	番号	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日
資格喪失年月日	令和 年 月 日	返納不能対象者氏名・(続柄)		(続柄)	
返納不能の事由		(返納不能の事由)			
<p>【注意】</p> <p>単に紛失、不明等ではなく返納に努めてから返納不能に至るまでの経過を詳細に記載してください。 なお被保険者の連絡先(住所・電話番号)を記載してください。</p>		<p>(被保険者の住所・電話番号)</p> <p>〒</p> <p>(TEL)</p>			
<p>ナブテスコグループ健康保険組合 理事長</p> <p>上記のとおり証を返納できません。なお今後発見、返納可能となった場合は直ちに返納します。</p> <p>事業所所在地 事業所名称 事業主氏名</p> <p>令和 年 月 日</p>					

◎ 訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。

———受付日印———