

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

健康保険 資格確認書 滅失・回収不能届

記号 番号	記 号	1000	番 号	15	被保険者氏名	健保 太郎		
被保険者の住所又は連絡先 〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 名古屋市〇〇区〇〇町〇丁目〇番								
回収不能の対象者	氏 名	生年月日		性別	続柄	返納できない理由	高齢者証の回収	
	被保険者	健保 太郎		昭和・平成 51年 1 月 1 日	男 女	本人	期日までに本人より返還がないため	有 無
	被扶養者	昭和・平成・令和 年 月 日		男 女		高齢受給者証を交付している場合のみご記入ください。	有 無	
	被扶養者	昭和・平成・令和 年 月 日		男 女			有 無	
	被扶養者	昭和・平成・令和 年 月 日		男 女			有 無	
	被扶養者	昭和・平成・令和 年 月 日		男 女			有 無	
	被扶養者	昭和・平成・令和 年 月 日		男 女			有 無	
被扶養者	昭和・平成・令和 年 月 日		男 女		有 無			
上記のとおり資格確認書が回収不能であるため届出します。今後とも回収に努め回収したときはただちに返納します。								
令和 7 年 10 月 15 日								
所在地 名古屋市〇〇区〇〇町〇丁目〇号								
事業所名 〇〇運輸株式会社								
事業主氏名 〇〇 〇〇								