

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															
		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	<p>上記のとおり申請します。</p> <p>なお、後日回収した場合は、速やかに返納いたします。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 事業所所在地</p> <p style="text-align: center;">事業所名称</p> <p style="text-align: center;">事業主氏名</p>
----------------------------	--