

常務理事	事務長	部長	係長	係

健康保険資格確認書添付不能届

健康保険事業所整理記号		被保険者整理番号		被保険者の氏名	
				(氏)	(名)
被保険者の住所または連絡先				電話番号	
〒 —				()	
添付不能等の対象者	氏名	対象者区分	資格喪失日または被扶養者でなくなった日	該当する項目を○で囲み、健康保険資格確認書を喪失届または被扶養者(異動)届に添えて返納できない理由を詳しく記入してください。	
	(氏) (名)	本人・家族	令和 年 月 日	滅失 後日送付 その他	
	(氏) (名)	本人・家族	令和 年 月 日	滅失 後日送付 その他	
	(氏) (名)	本人・家族	令和 年 月 日	滅失 後日送付 その他	
(氏) (名)	本人・家族	令和 年 月 日	滅失 後日送付 その他		

上記のとおり、健康保険資格確認書を返納することができませんのでお届けします。なお、今後、健康保険資格確認書の回収不能のないよう注意すると共に今回の回収不能によって保険給付事故発生の場合は、その解決に責任をもって対応します。

令和 年 月 日

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

※資格確認書を回収できなかった人(被保険者・被扶養者)すべてを記入してください。