

健康保険資格確認書添付不能届

常務理事	事務長	部長	係長	係

健康保険 事業所整理記号	5000								
被保険者整理番号	被保険者氏名	添付できない 被保険者および 被扶養者の氏名	資格喪失年月日 または被扶養者 でなくなった日	被保険者の住所または連絡先		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。			
999	産業 健一	産業 健一	令和7年9月30日	〒530－0012		滅失	返納するよう督促をして いますので、回収次第 送付します。		
		産業 安子	令和7年9月30日	大阪府大阪市北区芝田		後日送付			
			令和 年 月 日	99番99号		その他			
1020	保険 太郎	保険 太郎	令和7年9月30日	〒531－0071		滅失	資格確認書が会社に届き次第 送付します。		
		保険 春子	令和7年9月30日	大阪府大阪市北区中津		後日送付			
			令和 年 月 日	67丁目9番		その他			
			令和 年 月 日	〒 ー		滅失			
			令和 年 月 日			後日送付			
			令和 年 月 日			その他			
			令和 年 月 日	〒 ー		滅失			
			令和 年 月 日			後日送付			
			令和 年 月 日			その他			
			令和 年 月 日	〒 ー		滅失			
			令和 年 月 日			後日送付			
			令和 年 月 日			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 7 年 10 月 2 日

※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。

事業所所在地 〒530-0012 大阪市北区芝田22-88-100
事業所名称 産業機械株式会社
事業主氏名 産業 太郎
電話番号 06(6372)5501