

(大阪産業機械工業健康保険組合)

常務理事	事務長	部長	係長	係

【任意継続被保険者用】

健康保険資格確認書添付不能届

資格確認書の記号		資格確認書の番号		被保険者の氏名	
20		12345		(氏) 産 業	(名) 健 一
被保険者の住所または連絡先				電話番号	
〒530-0012 大阪府大阪市北区芝田99丁目99番				06 (6372) 5589	
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) 産 業	(名) 健 一	本人・ <u>家族</u>	令和7年10月1日	<u>滅失</u> 後日送付その他 資格確認書をまとめて保管していたところ、家中にて紛失してしまいました。
	(氏) 産 業	(名) 安 子	本人・ <u>家族</u>	令和7年10月1日	<u>滅失</u> 後日送付その他 同じ理由により返納することができません。
	(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	

※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。

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、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 提出