

健保処理欄		
常務理事	事務長	担当者

健康保険 資格確認書／保険証 返納届

☐ 今後はマイナ保険証を利用するため ☐ その他()			左記理由により 資格確認書・保険証 を返納します			
被 保 険 者	記号		番号		枝番	0 0
	氏名					
住民票住所	〒					
現住所 ※上記と異なる場合に記入	〒					

※枝番が不明の場合は ブランク可	返納該当者	枝 番		氏 名		続柄 本人・長女等	
		枝 番		氏 名		続柄 本人・長女等	
		枝 番		氏 名		続柄 本人・長女等	
		枝 番		氏 名		続柄 本人・長女等	

※本届と、返納該当者の保険証又は資格確認書を添付して会社へお届けください

		令和	年	月	日
事業所 所在地					
事業所 名称					
事業主 氏 名					
電 話					