

健保処理欄		
常務理事	事務長	担当者

健康保険 資格確認書返納届

<input type="checkbox"/> 今後はマイナ保険証を利用するため <input type="checkbox"/> その他())		左記理由により 資格確認書を返納します				
被保険者	記号		番号		枝番	00
	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	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	

※本届出に、該当者の資格確認書を添付して会社へお届けください

事業所 所在地	令和 年 月 日
事業所名称	
事業主氏名	
電話	