

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	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

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