

健康保険被保険者証 回収不能届  
資格確認書 (有効期限内)

常務理事	部長	課長	担当者

被保険者記号番号	—	区分	1・本人(被保険者) 2・家族(被扶養者)
----------	---	----	-----------------------

被保険者証等 が回収でき ない者	氏名	資格喪失年月日 (認定削除年月日)	住所又は連絡先	回収不能理由	
		平成 令和	年 月 日	TEL	
		平成 令和	年 月 日	TEL	
		平成 令和	年 月 日	TEL	
		平成 令和	年 月 日	TEL	
		平成 令和	年 月 日	TEL	
備考					

上記のとおり健康保険被保険者証(資格確認書)の回収ができませんのでお届けします。なお、今後は回収不能のないように注意すると共に回収できたときはただちに返納します。

令和 年 月 日

関西文紙情報産業健康保険組合理事長 様

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	
	( 局) 番

※この届は、資格喪失届又は被扶養者異動届(減の場合)に被保険者証(資格確認書)を添付できない場合に必要です。