

資格喪失者の健康保険資格確認書回収不能届

常務理事	事務長	課長	担当者

記号	番号	被保険者の氏名	性別	生年月日	退職の理由
			男・女	昭和・平成 年 月 日	
被保険者の現住所または最後の住所				返納方の督促状況	1. 督促した 2, していない
〒 TEL					月 日 電話・文章・訪問

回収不能の対象となる者	被保険者欄	氏名	生年月日	続柄	続柄	回収不能の理由	資格喪失年月日
				本人	本人		令和 年 月 日
	被扶養者欄	氏名	生年月日	性別	続柄	回収不能の理由	扶養抹消年月日
			昭・平・令 年 月 日	男・女			令和 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	男・女			令和 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	男・女			令和 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日	男・女			令和 年 月 日

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、今後資格確認書の回収不能のないように注意するとともに、万一、保険事故が発生した場合は、その解決に努めます。

令和 年 月 日 提出

所在地	
事業所名称	
事業主氏名	

大阪自転車健康保険組合理事長 殿