

健康保険 資格確認書回収不能届

回収不能となった 被保険者等記号・番号	-	区 分	1・本人(被保険者) 2・家族(被扶養者) 3・世帯全員
------------------------	---	-----	------------------------------------

	氏 名	資格喪失年月日 (認定解除年月日)	住所又は連絡先	回収不能理由
被 保 険 者 証 が 回 収 で き な い 者		令和 年 月 日	TEL	
		令和 年 月 日	TEL	
		令和 年 月 日	TEL	
		令和 年 月 日	TEL	
		令和 年 月 日	TEL	

上記のとおり健康保険資格確認書の回収ができませんのでお届けします。なお今後資格確認書の回収不能のないように注意すると共に今回の回収不能の資格確認書によって保険給付事故発生の場合は、事業主において解決の責任を負います。

令和 年 月 日

大阪紙商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	〒 ()
---------------------------------	-------------------

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