

健康保険 被保険者証・資格確認書 回収不能届

以下の太枠の中を記入してください。

被保険者の				被保険者の氏名（自署または記名・印）		被保険者の生年月日			
記号		番号			印	昭和・平成	年	月	日

回収不能となる者								
氏 名		生 年 月 日		性別	続柄			
回収不能理由								
①	氏名	昭和・平成・令和		年	月	日	男・女	続柄
②	氏名	昭和・平成・令和		年	月	日	男・女	続柄
③	氏名	昭和・平成・令和		年	月	日	男・女	続柄
④	氏名	昭和・平成・令和		年	月	日	男・女	続柄

※ 被保険者証・資格確認書が見つかった場合は、すみやかに健保組合へ返却してください。

オークマ健康保険組合 理事長殿

上記のとおり被保険者から紛失の届出がありましたので、被保険者証・資格確認書の回収は不能です。
なお、今後は紛失することのないよう十分指導いたします。

（事業主が証明するところ）

令和	年	月	日提出
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名			

健保受付年月日	健保入力年月日		理事長	常務理事	事務長	担当者

オークマ健康保険組合