

伺 年 月 日	令和 年 月 日			
決 議 年 月 日	令和 年 月 日			
資 格 取 得 日	昭・平 年 月 日			
被保険者証の記号 番号	記号		番号	

常務理事	事務長	担当者

健康保険

資格確認書自主返納届

申請日	: 令和 年 月 日
-----	------------

申請者	被保険者の氏名				記号・番号		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日			所属コード		
返納する該当者	氏名	性別	続柄	生年月日	返納の理由		
				年 月 日	☐ マイナ保険証へ移行 ☐ その他		
				年 月 日	☐ マイナ保険証へ移行 ☐ その他		
				年 月 日	☐ マイナ保険証へ移行 ☐ その他		
				年 月 日	☐ マイナ保険証へ移行 ☐ その他		
返納理由:その他の場合							
健康保険組合 理事長殿 令和 年 月 日 上記返納を受付ました。 所在地 事業主 (会社) 名称 代表者							

- 資格確認書を返却される場合は本紙を記入・提出下さい。
・被扶養者(ご家族)の分も同梱いただけます。5名以上の場合は別に申請下さい。
・返納の理由□に✓チェックを記入いただき、□その他を選択の場合は概要を下段に記載下さい。
- 添付書類
・「資格確認書」(原本)

受付印

※太枠内のみ記入。事業主(会社)の欄は、申請者は記載不要です。