

# 健康保険 資格確認書等 回収不能届

(資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証・被保険者証)

被保険者等		被保険者氏名 ・ 被扶養者氏名	対象者区分	喪失年月日 ・ 削除年月日	該当する項目を○で囲み、「資格喪失届」又は「被扶養者(異動)届」等に添えて返納できない理由を記入してください。	
記号	番号				添付不能対象の証を○で囲んでください。	
			本人 ・ 家族	令和    年    月    日	棄損・滅失 ・その他(理由欄に記載のこと)	(理由)
					資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証・被保険者証	
			本人 ・ 家族	令和    年    月    日	棄損・滅失 ・その他(理由欄に記載のこと)	(理由)
					資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証・被保険者証	
			本人 ・ 家族	令和    年    月    日	棄損・滅失 ・その他(理由欄に記載のこと)	(理由)
					資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証・被保険者証	
			本人 ・ 家族	令和    年    月    日	棄損・滅失 ・その他(理由欄に記載のこと)	(理由)
					資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証・被保険者証	
			本人 ・ 家族	令和    年    月    日	棄損・滅失 ・その他(理由欄に記載のこと)	(理由)
					資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証・被保険者証	

上記のとおり資格確認書等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等によって保険事故発生の場合は、その解決に努めます。

令和            年            月            日  
西日本パッケージング健康保険組合    様

事業所所在地  
  
事業所名称  
  
事業主氏名