

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険 資格確認書返却届

マイナ保険証を利用して資格確認書を返却します。

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号(左づめ) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - 番号(左づめ) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
	氏名	フリガナ	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 月 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 日									
郵便番号	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													
住所	都道 府県													

返 却 対 象 者 欄	対象者	※該当する番号を記入してください。											
		<input type="checkbox"/>	1 被保険者(本人)分のみ	2 被扶養者(家族)分のみ	3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分								
	被扶養者①	氏名	フリガナ	生年月日	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1 昭和 2 平成 3 令和 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 月 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 日								
被扶養者②	氏名	フリガナ	生年月日	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1 昭和 2 平成 3 令和 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 月 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 日									
被扶養者③	氏名	フリガナ	生年月日	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1 昭和 2 平成 3 令和 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 月 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 日									

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から返却の申出がありましたので届出します。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--