

資格確認書 回収不能届

常務理事	事務長	係員

記号	番号	被保険者の氏名			生年月日			性別	資格喪失（不該当）年月日				
					昭・平・令	年	月	日	男・女	令和	年	月	日
被保険者の住所		〒 ー											
回収できない該当者	氏名		生年月日			性別	続柄	返納できない理由					
	氏	名	昭・平・令	年	月	日	男・女	本人					
	氏	名	昭・平・令	年	月	日	男・女						
	氏	名	昭・平・令	年	月	日	男・女						
	氏	名	昭・平・令	年	月	日	男・女						
	氏	名	昭・平・令	年	月	日	男・女						
	氏	名	昭・平・令	年	月	日	男・女						
備考													
上記のとおりお届けします。なお、回収については今後も努力して、回収した場合は直ちに返納します。 令和 年 月 日 ウラベ健康保険組合 理事長 殿 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名													

※この届は資格確認書を返納できない場合に提出します。

※有効期限が切れた資格確認書については、本人による破棄も可能です。