

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

健康保険 資格確認書 返納届

資格確認書が不要になった方が資格確認書を返納する際にご利用ください。

被 保 険 者 情 報	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。
	記号・番号	記号(左つめ) <input type="text"/>	番号(左つめ) <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	氏名	フリガナ -----			
	郵便番号	<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>	
	住所	都 道 府 県			

対 象 者 欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分		
	被 保 険 者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください
	被 扶 養 者 ①	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください
	被 扶 養 者 ②	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください
	被 扶 養 者 ③	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください

理 由 欄	1 : マイナンバーカードの再交付を受けたため 2 : マイナンバーカードの健康保険証利用登録を行ったため 3 : マイナンバーカードの電子証明書の有効期限を更新したため 4 : 第三者(介助者など)のサポートが不要になったため 5 : その他()
-------------	---

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から資格確認書の返納がありましたので届出します。	受付日付印
	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	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------