

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"/> 2 <input type="text"/> 8	番号(左つめ) <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	生年月日 <input type="text"/> 2 1 昭和 2 平成 3 令和	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1	年	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 3	月	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 8	日
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎								
	郵便番号	<input type="text"/> 6 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0	電話番号	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> - <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> - <input type="text"/> △ <input type="text"/> △ <input type="text"/> △ <input type="text"/> △						
	住所	都道 兵庫 府 県 神戸市○○区△△通1-2								

対象者欄	対象者	<input type="text"/> 1	1 被保険者(本人)のみ 2 被扶養者(家族)のみ 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="text"/> 1 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="text"/> 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="text"/> 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="text"/> 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。	
	事業所所在地	東京都○○区△△1-1-1
	事業所名称	〇〇株式会社
	事業主氏名	東京 三郎
	電話番号	03-0000-△△△△

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄
