

常務理事	課長	係長	係

健康保険 資格確認書添付不能届

被保険者 記号・番号		被保険者 氏 名		資格喪失 年 月 日	令和 年 月 日	
被保険者の 住 所	〒 -					
添付不能の 対象者	氏 名		生 年 月 日	性別	続柄	資格確認書を喪失届に添えて 返納できない詳細な理由
	被保険者	(氏) (名)	昭和 平成 年 月 日 令和	男女	本人	
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 年 月 日 令和	男女		
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 年 月 日 令和	男女		
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 年 月 日 令和	男女		
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 年 月 日 令和	男女		

上記のとおり資格確認書の回収ができませんのでお届けします。

大阪菓子健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

所在地
事業所 名称
事業主氏名