

常務理事	事務長	課 長	主 事	担 当

健康保険 資格確認書〔返却届〕

川崎重工業健康保険組合理事長 殿

今後は使用予定がありませんので、資格確認書の有効期限内ではありますが返納いたします。

令和 年 月 日

被 保 険 者	記 号	番 号	氏 名	生年月日(和暦)		
				☐ 昭和	年	月 日
				☐ 平成		
	住 民 票 住 所					
	〒					

【以下、返却する資格確認書(対象者)について記入してください。】

	対象者氏名	生年月日				返却理由 (例:マイナ保険証を使用するため)
			年	月	日	
①		昭和 平成 令和				
②		昭和 平成 令和				
③		昭和 平成 令和				
④		昭和 平成 令和				
⑤		昭和 平成 令和				

※健保へ資格確認書を返納されたあと、再度必要な場合は再交付申請をしてください。

※医療機関で診療を受ける際は、マイナ保険証等を窓口で提示してください。

※有効期限が切れた資格確認書は、健保への返却は不要です。

事業所所在地	〒
事業所名	
事業主名	
電 話	

組 合 処 理	
	(令和 年 月 日)
受 付	
電算登録	