受　付	令和　　年　　月　　日
番　号	大塚健保第　　号

常務理事	事務長	課　長	担　当

健康保険 資格確認書回収不能届

被保険者記入	被保険者等記号・番号	―		被保険者氏名		
	生　年　月　日	□昭　□平　□令　　年　　月　　日			性　別	□男　□女
	事　業　所　名　称					
	被　保　険　者　住　所					
	回収不能対象者	フリガナ / 氏名	性　別	生　年　月　日		続　柄
			□男　□女	□昭　□平　□令　　年　　月　　日		
			□男　□女	□昭　□平　□令　　年　　月　　日		
			□男　□女	□昭　□平　□令　　年　　月　　日		
			□男　□女	□昭　□平　□令　　年　　月　　日		
			□男　□女	□昭　□平　□令　　年　　月　　日		
	紛失事由	紛失した日時・場所・状況（詳しく） 令和　　年　　月　　日　午前・午後　　時頃（不明なときは推定） 場所　： 状況　：				
	誓約	後日、資格確認書を発見したときは、ただちに事業主を通じて健康保険組合へ返納します。 万一、紛失した資格確認書が不正に使用された場合は、私が一切の責任を負います。				
事業主記入	回収不能事由	1．上記事由のため				
	誓約	今後は資格確認書を紛失しないように十分指導監督します。				

令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

大塚製薬健康保険組合理事長　殿

1．この届は被保険者資格喪失時に資格確認書を返却できない時にご提出ください。
2．被保険者の記入欄は自筆でご記入ください。