

常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	主任	担当者

健康保険資格確認書（被保険者証）添付不能届

記号・番号	() ・ ()	
被保険者氏名		
被保険者住所	〒 —	
	電話番号	() 局 番
喪失年月日	令和 年 月 日	
回収状況	被保険者分	回収済・回収不能
	被扶養者分（氏名)	回収済・回収不能
回収できない理由		
資格確認書（保険証）を返却するよう連絡した状況について、日付とその方法等、経緯を具体的に記入してください	連絡した日時	連絡した方法（督促状況）
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

大阪金属問屋健康保険組合理事長 様

上記のとおり、資格確認書（保険者証）を回収することができませんのでお届けいたします。
 なお、今後とも回収に努め、回収した場合はただちに返納いたします。

令和 年 月 日

所在地
 事業所名称
 事業主氏名

受付印