|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 部　長 | 課　長 |  | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健康保険 | 資格確認書 | 回収不能届 |
| 被保険者証 |
| 限度額適用認定証 |
| 高齢受給者証 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者等  記　号 |  | ※ 該当する□に✔を記入してください。 | | | |
| 被保険者等  番　号 | 被保険者氏名 | **※**対象者  区　分 | 対象者氏名 | **※**証区分 | **※**回収できない理由 |
| 被保険者の住所・連絡先 | | |
|  |  | □ 本人  □ 家族 |  | □ 資格確認書  □ 被保険者証  □ 限度額適用認定証  □ 高齢受給者証 | □ 紛失  □ その他 |
| 〒 電話　　　　（　　　　） | | |
|  |  | □ 本人  □ 家族 |  | □ 資格確認書  □ 被保険者証  □ 限度額適用認定証  □ 高齢受給者証 | □ 紛失  □ その他 |
| 〒 電話　　　　（　　　　） | | |
|  |  | □ 本人  □ 家族 |  | □ 資格確認書  □ 被保険者証  □ 限度額適用認定証  □ 高齢受給者証 | □ 紛失  □ その他 |
| 〒 電話　　　　（　　　　） | | |
|  |  | □ 本人  □ 家族 |  | □ 資格確認書  □ 被保険者証  □ 限度額適用認定証  □ 高齢受給者証 | □ 紛失  □ その他 |
| 〒 電話　　　　（　　　　） | | |
|  |  | □ 本人  □ 家族 |  | □ 資格確認書  □ 被保険者証  □ 限度額適用認定証  □ 高齢受給者証 | □ 紛失  □ その他 |
| 〒 電話　　　　（　　　　） | | |

上記のとおり回収することができませんのでお届けします。なお、今後回収不能のないよう注意するとともに、

万一、保険事故が発生した場合は、その解決に努めます。

令和　　年　　月　　日　提出

受付日付印

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在地  事業所名称  事業主氏名 |  |

大阪府電設工業健康保険組合