

※資格喪失時等は速やかに保険証または資格確認書を返却してください。

健康保険被保険者証・資格確認書返却用台紙

(従業員NO)

返却(回収)日: 令和 年 月 日

記号	番号	被保険者氏名
所属名称		

該当項目に○印及び必要内容を記入してください。

【返却理由】

- 退職等による返却 《 令和 年 月 日喪失(退職) 》
- 氏名変更 《 結婚・離婚・養子縁組・誤届・その他() 》
- その他 《 》

※以下に保険証または資格確認書をセロハンテープでしっかり貼って、申請書に添付して提出してください。

合計 枚

添付してください

添付してください

添付してください

添付してください

添付してください

添付してください