

健康保険 資格確認書 返却不能届  
高齡受給者証

★この届出は資格確認書・高齡受給者証を返却できない  
ときに限り提出すること

常務理事	事務長	担当者

(記入例)

生長会健康保険組合 理事長 様

被保険者 記号・番号	△△△	△△△△△△
被保険者の 氏名	(フリガナ) セイチョウカイ ハナコ 生長 花子	性 男 別 (女) 生年月日 昭和 平成 9年 5月 1日
被保険者の 現住所	★日中連絡の取れる電話番号 ××× - ××× - ×××× 〒 594-0071 大阪府和泉市府中町2-1-2	
被保険者の 勤務施設名	〇〇〇〇病院	

返却不能理由 (下記の「返却不能理由」欄に該当する番号をご記入ください。)

- 1 : マイナ保険証へ切替えたため、破棄した
- 2 : 紛失した
- 3 : 返却しなければならぬことを知らずに、破棄した
- 4 : その他 \_\_\_\_\_

対象者氏名	生年月日	続柄	返却不能理由 (上記番号を記入)					
			資格確認書			高齡受給者証		
			交付	返却	理由	交付	返却	理由
生長 花子	昭 平 令 9 年 5 月 1 日	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
生長 太郎	昭 平 令 2 年 1 月 1 日	子	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	昭 平 令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	昭 平 令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

被保険者のマイナンバー記載欄  
★被保険者記号番号を記入した場合は不要です

年 月 日 提出

受付日付印

事業主欄	上記の者について、資格確認書(高齡受給者証)が返却不能であるため届出します。 なお、回収したときは、ただちに返却します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号
事業所担当者確認欄	
<input type="checkbox"/> 記載内容について誤りがないか申請者本人に確認している。	

★任意継続の場合、事業主欄の記入は不要です。