

常務理事	事務局長	部 長	課 長	扱 者	

健康保険 資格確認書等 返納報告書

次のとおり、返納いたします。

・資格喪失届出時に添付ができず事後返納する場合や70歳以上の方で差し替えとなった場合等に、資格確認書等と併せて、この報告書を提出してください。

事業所記号	1	1	0	0
-------	---	---	---	---

〈返納〉	・資格確認書	1	枚
	・保険証	4	枚
	・高齢受給者証	1	枚

〈任意事項〉上記の内訳を記入してください。

被保険者 番号	資格 確認書 (枚)	保険証 (枚)	高齢 受給者証 (枚)	被保険者 番号	資格 確認書 (枚)	保険証 (枚)	高齢 受給者証 (枚)
64	0	1	1				
89	0	3	0				
105	1	0	0				

令和 6年 12月 23日

事業主欄	事業所所在地	〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台〇-〇
	事業所名称	いろはに株式会社
	事業主氏名	代表取締役 東京 太郎
	電話番号	03 (3291) XXXX

受付日付印

社会保険労務士記載欄	
氏名等	