

常務理事	事務局長	部 長	課 長	扱 者	

健康保険被保険者証・資格確認書返納届(自主返納用)

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 情 報 欄	記号		氏名		
	番号		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住所	〒 都 道 府 県		電話番号	()

返 納 対 象 者		氏名	生年月日		性別	続柄	備考
	被保険者	同上	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	本人	☐ 健康保険被保険者証 ☐ 資格確認書
	被扶養者		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		☐ 健康保険被保険者証 ☐ 資格確認書
	被扶養者		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		☐ 健康保険被保険者証 ☐ 資格確認書
	被扶養者		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		☐ 健康保険被保険者証 ☐ 資格確認書
返納理由 ☐ マイナ保険証を利用するため ☐ その他()							

- 備考欄の健康保険被保険者証又は資格確認書のいずれかに☑印を記入してください。
- その他を選んだ場合は、理由を記入してください。
- 高齢受給者証を保有している場合は、同時に返納してください。

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者より返納の届がありましたので、提出します。	
	事業所所在地	〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

受付日付印

社会保険労務士記載欄	
氏名等	