

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 6 年 12 月 26 日 提出

被 保 険 者 情 報 欄	記号	1100	氏名	福島 謙		
	番号	75	生年月日	昭和 平成	40年	5月 3日
	住所	東京 (都) 道 〇〇区××町12-3 府 県 電話番号 03 (XXXX) 1234				

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	40年 5月 3日	(男)女	本人	☒ 健康保険被保険者証 ☐ 資格確認書
	被扶養者	福島 葉月	昭和 平成 令和	41年 8月 11日	男(女)	妻	☐ 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	〒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