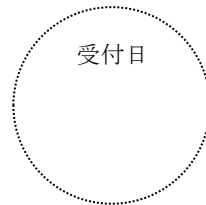


常務理事	事務長		係



健康保険 資格確認書 返納不能届

(発行通番)

番号が不明な方は、社員コードを記入してください

健康保険の記号番号	記号 3	番号 1234567	被保険者の氏名 日興太郎		
被保険者の生年月日	昭和・平成 ●●年●●月●●日		資格取得日	昭和・平成・令和 ●●年●●月●●日	
被保険者の住所	〇〇県〇〇市〇〇〇町〇-〇-〇				
事業所名	●●●●●●●● 株式会社 ●●●●●●●● 部 ●●●●●● 支店 ●●●●●● 課 TEL ●●●● (●●●●) ●●●●				
返納不能対象者氏名	生年月日	続柄	返納不能対象者氏名	生年月日	続柄
日興太郎	S●●.●●.●●	本人			
日興花子	S●●.●●.●●	妻	返納不能となる <u>対象者の氏名のみ</u> 記入してください		
日興一朗	H●●.●●.●●	長男			
滅失の年月日	令和 ●●年●●月●●日	滅失の場所	●●●●●● 駅	滅失した理由	1 盗難 2 遺失 3 焼失 4 紛失 5 その他 ()
健康保険の記号・番号に代えて個人番号（マイナンバー）を記入してください（マイナンバーを記載した場合は、個人番号を記載してください）					
滅失の場合は、年月日・場所・理由を必ず記入してください					
誓約書（記入必須）					
上のおり資格確認書を滅失いたしました。尚発見につとめ、発見した際は直ちに返納いたします。また後日この滅失により貴組合に損害を与えたときは、一切その責任を負います。					
令和 ●●年●●月●●日		被保険者（社員）の署名・捺印をしてください			
		被保険者署名		日興太郎 (印)	
事業主の証明並びに連帯保証（記入必須）					
被保険者が資格確認書を滅失したこと、及び上記のとおり相違ないことを証明します。また、後日に至り、この滅失により貴組合に損害を与えたときは、一切その責任を負います。					
令和 ●●年●●月●●日		一般被保険者（社員）の方は事業主（社長等）の承認印をもらってください			
		事業所名称・代表者名			

※ 一般被保険者（社員）の方は事業主（社長等）の承認印をもらってください
 SMBC日興証券(株)の方の承認印は、第二人事課で押印となります（送付先：第二人事課）