

資格確認書返却届

申請日 令和 年 月 日

被保険者証 記号・番号	記号	番号	フリガナ	ケンボ タロウ	性別
	〇〇	〇〇〇〇	被保険者氏名	健保 太郎	男
生年月日	平成 5 年 10 月 10 日				
返却理由	<div><input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカードの保険証利用登録を行ったため <input type="checkbox"/> 有効期限が切れたため <input type="checkbox"/> その他 ※以下ご記載ください</div> <div>[ ]</div>				
返却分	氏名	健保 太郎			<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者分 <input type="checkbox"/> 被扶養者分
	氏名				<input type="checkbox"/> 被保険者分 <input type="checkbox"/> 被扶養者分
	氏名				<input type="checkbox"/> 被保険者分 <input type="checkbox"/> 被扶養者分
	氏名				<input type="checkbox"/> 被保険者分 <input type="checkbox"/> 被扶養者分

本人分含めて、  
返却される対象者名を記載