

| | | | | | |
|------|-----|--|--|--|--|
| 常務理事 | 事務長 | | | | |
| | | | | | |

被保険者証
健康保険 高齢受給者証 回収不能届
資格確認書

大阪府貨物運送健康保険組合理事長 殿

下記の通り健康保険被保険者証および高齢受給者証及び資格確認書の添付ができませんのでお届けします。
なお、今後、回収不能がないよう注意するとともに、もし今回の回収不能によって保険給付事故が
発生した場合は、事業主の責任において解決いたします。

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------|-------------|--|--|--|---|--|---|---|---|---|---|
| 被 保 険 者 情 報 | 記号 | | | | | 番号 | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | 性別 | 生年月日 | | | 資格取得日 | | |
| | 氏名 | | | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | . | . | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | . | . |
| | 住所 | 〒 - TEL () | | | | 携帯 () | | | | | | |

| 回収不能等の対象者 | | | | | | |
|-----------|---|----|-----|---|--|--|
| 氏名 | 生年月日 | 性別 | 証区分 | 回収不能の理由 | | |
| | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | . | . | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 後日送付 <input type="checkbox"/> その他 (理由) |
| | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | . | . | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 後日送付 <input type="checkbox"/> その他 (理由) |
| | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | . | . | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 後日送付 <input type="checkbox"/> その他 (理由) |
| | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | . | . | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 後日送付 <input type="checkbox"/> その他 (理由) |

| | | |
|------------------|--------|-----|
| 事 業 主 欄 | 事業所所在地 | 〒 - |
| | 事業所名称 | |
| | 事業主氏名 | |
| | 電話番号 | () |

| | |
|----------------|---|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | |
| | 印 |