

資格喪失時専用

※念書承諾の上、記入押印または署名(直筆)下さい

資格確認書紛失（返還不能）届

記号		整 国	番号						
組 合 員	住所	〒 — TEL () —							念 書 当該資格確認書・高齢受給者証が万一不正使用された場合は、その責を負い、貴組合に対し何らご迷惑をおかけいたしません。又、発見した時は、直ちに返還いたします。
	氏名	Ⓜ			資格喪失年月日 年 月 日				
紛失（返還不能） 対象者	枝番	フリガナ	続柄	該当項目に✓・ご記入下さい					
		氏 名							
		理 由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 廃棄 <input type="checkbox"/> 回収不能 <input type="checkbox"/> その他						
		紛失(廃棄)した人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他 ()						
		上記以外の理由	()						
			理 由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 廃棄 <input type="checkbox"/> 回収不能 <input type="checkbox"/> その他					
	紛失(廃棄)した人		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他 ()						
		上記以外の理由	()						
			理 由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 廃棄 <input type="checkbox"/> 回収不能 <input type="checkbox"/> その他					
	紛失(廃棄)した人		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他 ()						
		上記以外の理由	()						
			理 由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 廃棄 <input type="checkbox"/> 回収不能 <input type="checkbox"/> その他					
紛失(廃棄)した人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他 ()								
	上記以外の理由	()							

上記の通り届出します。

事業所名

年 月 日
大阪府整容国民健康保険組合理事長殿

事業主氏名 Ⓜ