

| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|------|-----|-----|
| | | |

令和 年 月 日

京都中央信用金庫健康保険組合 御中

健康保険 資格確認書 回収不能届

| | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|---------|-------------------|--|--|
| 記号・番号 | 491 — 493 | | 所 属 | | | |
| 被保険者氏名 | | | 生 年 月 日 | 昭和・平成 年 月 日 | | |
| 被保険者住所 | 〒 — Tel — — | | | | | |
| 回収不能 対象者 | 氏 名 | | 生 年 月 日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | |
| | 被保険者との続柄 | | | | | |
| 回収不能 理由 | | | | | | |
| | 〔紛失の場合〕 届出警察署 () ・ 警察受理番号 () | | | | | |
| <p>資格確認書の紛失・滅失により返却できないため、下記について誓約します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 貴組合に対して、医療機関等より資格喪失後の医療費の請求が行われた場合は、貴組合の請求に基づき速やかに医療費の返還に応じます。 資格確認書の紛失・滅失に伴い、貴組合に損害を与えた場合は、すべて私がその責任を負います。 <p>令和 年 月 日 被保険者氏名</p> | | | | | | |

※ 太枠のみご記入ください。

| | | |
|------------------------------------|--|--------------|
| 上記のとおり被保険者から回収不能届を受領しましたので届出いたします。 | | ※ 健康保険組合 受付欄 |
| 令和 年 月 日 | | |
| 住 所 | | |
| 事 業 主 | | |
| 氏 名 | | |