

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険被保険者証・資格確認書返納届

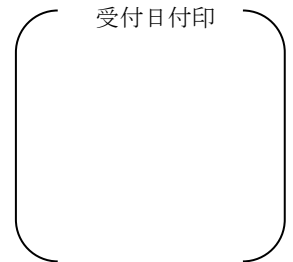
令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 情 報	記号・番号	—	事業所 名称	
	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所	〒 都道府県 電話番号 ()		

返 納 対 象 者 ・ 理 由	加入者区分	氏名	生年月日	性別	続柄	備考
	被保険者	同上	同上	—	本人	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書
	被扶養者		昭和 平成 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書
	被扶養者		昭和 平成 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書
	被扶養者		昭和 平成 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書
返納理由 <input type="checkbox"/> マイナ保険証を利用するため <input type="checkbox"/> その他()						

- ・ 備考欄の健康保険被保険者証又は資格確認書のいずれかに☑を記入してください。
- ・ 返納理由でその他を選んだ場合は、理由を記入してください。
- ・ 高齢受給者証を保有している場合は、ご一緒に返納ください。

事 業 主 欄	上記の通り被保険者より返納の届出がありましたので提出します。		
	所在地	〒	—
	名称		
	代表者等氏名		
	電話番号		



社会保険労務士 記入欄	(氏名等)
----------------	-------

ひかり健康保険組合

常務理事	専務員	担当者	担当者
記入不要			

健康保険被保険者証・資格確認書返納届

健康保険証、資格情報のお知らせ、
資格確認書等に記載されています

令和 7 年 2 月 1 日 提出

被 保 険 者 情 報	記号・番号	1 - 12345	事業所 名称	株式会社 光通信
	氏名	健康 太郎	生年月日	昭和 平成 7 年 1 月 1 日
	住所	〒 171-0021 東京 都道府県 豊島区西池袋1-2-3 光ハイツ101 電話番号 (090) 1234 - 5678	該当するものに☑を記入してください	

返 納 対 象 者 ・ 理 由	加入者区分	氏名	生年月日	性別	続柄	備考
	被保険者	同上	同上	-	本人	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書
	被扶養者	健康 花子	昭和 平成 7 年 2 月 3 日	男・女	妻	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書
	被扶養者		昭和 平成 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書
	被扶養者		昭和 平成 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書
返納理由 <input checked="" type="checkbox"/> マイナ保険証を利用するため <input type="checkbox"/> その他()						

- 備考欄の健康保険被保険者証又は資格確認書のいずれかに☑を記入してください。
- 返納理由でその他を選んだ場合は、理由を記入してください。
- 高齢受給者証を保有している場合は、一緒に返納ください。

事 業 主 欄	上記の通り被保険者より返納の届出がありましたので提出します。		
	所在地	〒	-
	名称	事業主様が記入する欄	
	代表者等氏名		
電話番号			

社会保険労務士 記入欄	社労士様が記入する欄
----------------	------------

受付日付印

ひかり健康保険組合