

|      |     |     |     |
|------|-----|-----|-----|
| 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<br>平成 年 月 日 |
|        | 住所    | 〒 都道府県<br>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<br><input type="checkbox"/> 資格確認書 |
|  | 被扶養者  |    | 昭和<br>平成 年 月 日 | 男・女 |    | <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証<br><input type="checkbox"/> 資格確認書 |
|  | 被扶養者  |    | 昭和<br>平成 年 月 日 | 男・女 |    | <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証<br><input type="checkbox"/> 資格確認書 |
|  | 被扶養者  |    | 昭和<br>平成 年 月 日 | 男・女 |    | <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証<br><input type="checkbox"/> 資格確認書 |
| 返納理由<br><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<br>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<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 記号・番号 | 1 - 12345  | 事業所<br>名称         | 株式会社 光通信             |
|                            | 氏名    | 健康 太郎  | 生年月日              | 昭和<br>平成 7 年 1 月 1 日 |
|                            | 住所    | 〒 171-0021<br>東京 都道府県<br>豊島区西池袋1-2-3 光ハイツ101<br>電話番号 ( 090 ) 1234 - 5678 | 該当するものに☑を記入してください |                      |

| 返<br>納<br>対<br>象<br>者<br>・<br>理<br>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<br><input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 |
|   | 被扶養者  | 健康 花子 | 昭和<br>平成 7 年 2 月 3 日 | 男・女 | 妻  | <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証<br><input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 |
|   | 被扶養者  |       | 昭和<br>平成 年 月 日       | 男・女 |    | <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証<br><input type="checkbox"/> 資格確認書            |
|   | 被扶養者  |       | 昭和<br>平成 年 月 日       | 男・女 |    | <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証<br><input type="checkbox"/> 資格確認書            |
| 返納理由<br><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<br>業<br>主<br>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<br>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