

事業主→シャープ健康保健組合

健康保険 被保険者証・資格確認書 回収不能届

被保険者番号		被 保 険 者 氏 名		所 属	
番号 (氏名コード)					
被保険者住所					
〒					
生年月日 S・H 年 月 日			資格喪失日 R 年 月 日		
対象者 *該当する番号に○を付け、被扶養者の場合は氏名を記入のこと。		1. 本人			
		2. 被扶養者 (氏名:)			
被保険者の状況					
回収対象物	督促年月日		督促状況の詳細		
保険証 資格確認書	R 年 月 日				
保険証 資格確認書	R 年 月 日				
保険証 資格確認書	R 年 月 日				
保険証 資格確認書	R 年 月 日				

事業主の証明欄	上記の通り保険証・資格確認書を回収することができませんでした				
	年 月 日		事業所所在地		
	事業所名称			印	
	事業主氏名			担当者印	

常務理事	事務長	課 長	担 当	標準報酬月額	
				千円	
				入力日	
				チェック	

健保受付印

事業主印