

## 資格確認書返却不能届（任意継続被保険者用）

デサント健康保険組合理事長 殿

年 月 日

被 保 険 者	記号	番号		フリガナ	現 住 所	
			氏 名			

添付できない方の氏名等をご記入ください。

フリガナ 氏 名	性 別	生 年 月 日	続柄	資格喪失日	返却不能理由
	男 女				<input type="checkbox"/> 1、紛失 <input type="checkbox"/> 2、破棄 <input type="checkbox"/> 3、その他 <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</span>
	男 女				<input type="checkbox"/> 1、紛失 <input type="checkbox"/> 2、破棄 <input type="checkbox"/> 3、その他 <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</span>
	男 女				<input type="checkbox"/> 1、紛失 <input type="checkbox"/> 2、破棄 <input type="checkbox"/> 3、その他 <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</span>
	男 女				<input type="checkbox"/> 1、紛失 <input type="checkbox"/> 2、破棄 <input type="checkbox"/> 3、その他 <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</span>

2023.08改定

上記の通り資格確認書の返却が出来ません。

万一、上記の資格確認書により事故が発生した時は一切の責任を負います。