

決 裁	令和	年	月	日
	理事長	担当理事	事務局長	担当者

資格確認書紛失（返還不能）届				
被保険者記号	79-		番号	
氏名	続柄	性別	生年月日	
組 合 員 家 族	本人	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
		男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
		男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
		男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
事業所名称		事業所コード		
		※		
事業所所在地	〒 TEL ()			
返還することができない理由				
1. 紛失 2. 回収不能 3. その他()				
上記のとおり届出いたします。				
令和 年 月 日				
〒 TEL ()				
届出者の住所				
届出者の氏名 (自署)				
東京美容国民健康保険組合 理事長殿				

※欄は記入しないでください。
外出先で紛失した場合は警察に届け出てください。