

提出先	HR Planning部→健保組合
添付書類等	<p>■退職後、PayPayカード健康保険組合の保険資格を使って病院を受診している場合 「新たに取得した資格確認ができる書類のコピー」</p>

		受付担当

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

資格確認書回収不能届

被 保 險 者 情 報	記号・番号								氏名		
	5	9			-				(フリガナ)		
住所	〒								電話番号		
									-	-	

回収不能の対象者	氏名	性別	続柄	生年月日		
	(フリガナ)	男 女		昭和 平成 令和		
				年　月　日		
	(フリガナ)	男 女		昭和 平成 令和		
				年　月　日		
	(フリガナ)	男 女		昭和 平成 令和		
				年　月　日		
備　考						

上記の者について、資格確認書が回収不能であるため届出します。

なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

事業主欄	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付印日付