

事業所名

返納日（送付日）		返納枚数			減失	回収不能
令和 年 月 日	(本人) 名(枚)	(家族) 名(枚)	(合計) 名(枚)		名	名

[illegible]

事業主欄	上記のとおり被保険者から資格確認書の返納がありましたので送付します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印	

東京都電機健康保険組合 (R7.6)