

健康保険資格確認書 回収不能届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

被保険者等	記号	被保険者氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	番号									
被保険者住所	〒 -			連絡先	自宅 または 携帯		資格喪失年月日	年	月	日

回収不能の対象者								
氏名				続柄	氏名			続柄
被保険者	(氏)	(名)	本人	被扶養者	(氏)	(名)		
	(氏)	(名)			(氏)	(名)		
	(氏)	(名)			(氏)	(名)		
被保険者の近況								

資格確認書の返納を求めた年月日および、その具体的方法									
(初回)令和	年	月	日	具体的方法	(回)令和	年	月	日	具体的方法
(回)令和	年	月	日	具体的方法	(回)令和	年	月	日	具体的方法

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。				社会保険労務士	
事業所所在地 〒 -				令和 年 月 日 提出	
事業所名称				受付日付印	
事業主氏名					
電話 () 番					

（注意事項）

この届出は、被保険者の所在不明により資格確認書の回収ができない場合、または再三の返納督促にもかかわらず資格確認書を返納しないため、「被保険者資格喪失届」に資格確認書を添付して返納することができない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。

資格確認書が回収不能である対象者の氏名を記入してください。