

| | | | |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 | | 処理者 |
| | | | |

健康保険 資格確認書等 回収不能届

◎ この届書は、資格確認書等を返納できない場合に提出してください。なお、届書提出後に資格確認書等を回収したときは、直ちに返納してください。

| | | | | | | | | |
|---|-----------------------|----------|---------|----------|------------------------|--|-----|-----------|
| ① | 健康保険被保険者 記号 番号 | | 被保険者の氏名 | | 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 | | | 性別 男・女 |
| | 資格取得年月日 | 令和 年 月 日 | 資格喪失年月日 | 令和 年 月 日 | 被扶養者 | | 有・無 | |
| | 被保険者の住所 (現住所・帰省先等) | | | | | | | |
| | 電話番号 | () | | 携帯電話番号 | () | | | |

| | | | | | |
|---|---------|--|----|----------------|---|
| ② | 回収不能対象者 | 種別 | 氏名 | 生年月日 | 回収できない原因 |
| | | <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 他() | 本人 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 回収不能 <input type="checkbox"/> その他() |
| | | <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 他() | 家族 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 回収不能 <input type="checkbox"/> その他() |
| | | <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 他() | 家族 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 回収不能 <input type="checkbox"/> その他() |

| | | | | |
|----|--|----------|----------------|--|
| ③ | 滅失により返納できない場合に、被保険者が記入してください(③欄記入の場合は、下記④欄の記入は不要です) | | | |
| | 滅失した年月日 | 令和 年 月 日 | 滅失した理由 (詳細) | |
| | 滅失した場所 | | | |
| 滅失 | ※資格確認書等を滅失された場合は、状況により警察署へ届け出てください(遺失届または盗難届) 上記のとおり、資格確認書等を返納できません。なお、資格確認書等を発見した時は直ちに返納いたします。 令和 年 月 日 被保険者住所 氏名 | | | |

| | | |
|----------|---|-------|
| ④ | 上記③欄が未記入の場合に、事業主が記入してください | |
| | 被保険者の近況 | |
| | 回収できない理由(詳細) | |
| | 被保険者に返納を督促した状況 | 督促した日 |
| 令和 年 月 日 | | |
| 令和 年 月 日 | | |
| 回収不能 | 上記のとおり、資格確認書等を回収することができません。 なお、今後とも資格確認書等の回収に努め、回収できた時は直ちに返納いたします。 令和 年 月 日 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

| | |
|---|---------------|
| ⑤ | 社会保険労務士の提出代行者 |
|---|---------------|