

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			性別 男・女
	資格取得年月日	平 年 月 日	資格喪失年月日	令 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
---	---------------