

資格確認書を返却できないとき

紛失または破損により資格確認書の返却ができない場合、「健康保険資格確認書滅失回収不能届」をお届ください。

資格確認書を滅失した場合、悪用されるおそれがありますので、回収不能届を申請の前にすみやかに警察へ届出てください。

申請書類：「健康保険資格確認書 滅失 回収不能届」

提出期限：事由発生後すみやかに

返却が行えない方にチェックを入れてください。

被保険者の資格取得日をご記入ください。

健康保険		<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 再交付申請書 <input checked="" type="checkbox"/> 回収不能届	<table border="1"> <tr> <th>常務理事</th> <th>事務長</th> <th>処理者</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	常務理事	事務長	処理者			
常務理事	事務長	処理者									
健康保険被保険者	被保険者の氏名		生年月日	性別	資格取得年月日	再交付年月日					
記号 1234	番号 5678	健保 太朗	昭和 平成 令和 4 7 0 5 1 1	男 女	令和 0 1 0 9 0 1						
被保険者の住所 〒 765 - 4321 TEL 03 - 6661 - 0000 東京都中央区日本橋〇〇〇町□□□-△△-×××					備考						
再交付希望者（該当にチェック）	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者（本人）	<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ		再交付申請の理由 <input type="checkbox"/> 滅失のため（警察署へ届出てください。遺失届または盗難届） <input type="checkbox"/> き損のため（き損の資格確認書、資格情報のお知らせを添付してください。） <input checked="" type="checkbox"/> 返却不能のため（返却不能に至った状況をご記入ください） 滅失・き損・返却不能に至った状況（できるだけ詳細に記入してください） 退職時に店舗へ返却を行ったため、手元にありません。 事由発生年月日 令和 8 年 2 月 1 日 この届書のとおり滅失・き損いたしました。なお、滅失した書類を発見したときは、ただちに返却いたします。 被保険者氏名 健保 太朗							
	<input type="checkbox"/> 被扶養者（家族）										
	氏名	生年月日	種別				原因				
	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ				<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損				
上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので提出いたします。 なお、今後は滅失・き損することのないよう十分指導いたします。											
事業所所在地	〒 123 - 4567 東京都中央区日本橋大伝馬町△-〇-□		令和 8 年 2 月 5 日 受付日付印								
事業所名称	株式会社 〇〇〇		社会保険労務士の提出代行者名								
事業主氏名	代表取締役 健保 一郎		返却できない理由を具体的に ご記入ください。								
電話	03 - 1234 - 5678		全日本理美容健康保険組合								

事業所の記入欄については、会社所在地、会社名、代表者名、電話番号をご記入ください。