

健 保 使 用 欄	常務理事	担当上司	担当

健康保険 資格確認書 回収不能届

この届書は、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ため、または再三の督促にもかかわらず返納しないため、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出来ない場合に、「被保険者資格喪失届」に添付して提出するものです。

被保険者等 記号・番号	記号 番号	被保険者氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成
対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者	被保険者 資格喪失日	令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 被扶養者 対象となる被扶養者	氏名	生年月日	続柄	扶養削除日
		1	昭和 平成 令和 年 月 日		令和 年 月 日
		2	昭和 平成 令和 年 月 日		令和 年 月 日
3	昭和 平成 令和 年 月 日		令和 年 月 日		
被保険者の現住所		〒 - (TEL)			
被保険者の勤務する (していた) 事業所名					
回収不能の理由		1. 退職後、所在不明で連絡が取れないため 2. 再三催促するも返納に応じないため 3. その他 <div style="text-align: right;">[]</div>			
資格確認書の 返納督促をした経過		(督促状況を記入して下さい) 令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月			

うえのとおり資格確認書を回収することが出来ません

令和 年 月 日

受付日付印

事業主 住所 氏名