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

この届書は、事業主が被保険者から資格確認書の回収ができない場合に提出するものです。
資格確認書を失くしている場合は、別様式「資格確認書滅失届」を作成し提出してください。

被保険者情報

被保険者等（左づめ）	記号	番号	生年月日 □5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日
氏　名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）		
住　所	〒　　－		
電話番号	自宅　　－　　－		携帯電話　　－　　－

回収ができない方

チェック欄	回収ができない方の氏名	生年月日	続柄	備考
□	被保険者（本人）			
被扶養者の情報（氏名等を記入）		□5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日		
		□5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日		
		□5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日		

理由・督促経過

回収不能理由（該当する番号を記入）	□ 1.督促したが返納に応じないため　※下記の返納督促経過もご記入ください。 2.その他の理由（　　）		
返納督促経過（実施日を記入し、該当する督促方法の番号を記入）	1回目	令和　年　月　日	□ 1.電話 2.メール 3.文書 4.口頭 5.その他（　　）
	2回目	令和　年　月　日	□ 1.電話 2.メール 3.文書 4.口頭 5.その他（　　）
	3回目	令和　年　月　日	□ 1.電話 2.メール 3.文書 4.口頭 5.その他（　　）

事業主欄

上記の者について、資格確認書の回収ができないため届出します。なお、回収したときには、ただちに返納します。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地	〒　　－
事業所名称	
事業主氏名	
電　話	（　　）

社会保険労務士記載欄 氏名等	

受付日付印

※　組合記入欄

届書種類	1. 資格喪失（□届と同時 ・□以前の届出：処理日 R　年　月　日） 2. 扶養削除（□届と同時 ・□以前の届出：処理日 R　年　月　日） 3. 再 交 付（□届と同時 ・□以前の届出：処理日 R　年　月　日） 4. 更　新