

健康保険 資格確認書回収不能届

被保険者情報	記号番号	記号 番号	生年月日 昭和 年 月 日 平成
	氏名	(フリガナ)	
	住所	(〒 -) <div style="text-align: center;"> 都 道 府 県 </div>	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	携帯電話 - -

回収不能等の対象者	氏名	生年月日	性別	督促日と督促状況(文書・電話等)	
		昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	月 日
					月 日
					月 日
		昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	月 日
					月 日
					月 日
		昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	月 日
					月 日
					月 日
		昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	月 日
					月 日
月 日					

上記の者について、資格確認書が回収不能であるため届出します。
 なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

事業主欄	事業所所在地	(〒 -)
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電 話	()

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

※この届は資格確認書を返納できない場合に提出します。
 ※回収不能対象者には後日、被保険者あてに「資格確認書返還のお願い」を送付します。

受付日付印

資格確認書の返納があった場合には その年月日(※記入不要)	令和 年 月 日	㊞
----------------------------------	----------	---