


常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

被保険者等 記号・番号		—				健康保険資格確認書(被保険者証)回収不能届				
被保険者の氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	生	
被保険者の現住所 または最後の住所		〒 -								
被保険者の資格 を取得した日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	被保険者の資格 を喪失した日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
解退職の事由								被保険者の資格確認書(被保 険者証)回収の有無		有 ・ 無
被保険者 の近況										
賃金、退職金などの被保険者に対する未払金の有無		有 ・ 無								
回収不能となった 被扶養者の氏名										
被保険者および被 扶養者の傷病状況		A 被保険者に傷病が ない と認められる								
		B 被保険者に傷病が ある と認められる								
		C 被扶養者に傷病が ない と認められる								
		D 被扶養者に傷病が ある と認められる								
資格確認書(被保険者証)の 返納方を督促した状況		年 月 日								
		年 月 日								
		年 月 日								
		年 月 日								
うえの通り資格確認書(被保険者証)を回収することができません。		年 月 日						 受付日付印		
〒										
事業所所在地										
事業主氏名										
電話番号										

社会保険労務士記載欄

【注意事項】

- ア. この届出は資格確認書(被保険者証)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資格確認書(被保険者証)を返納することができない場合に、提出するものです。
- イ. 性別、生年月日、資格を取得した日・喪失した日、の『該当する年号』に☑をしてください。
- ウ. 被保険者用の資格確認書(被保険者証)回収の有無、賃金・退職金などの未払金の有無、被保険者および被扶養者の傷病状況のA~Dの該当する文字を○で囲んでください。
- エ. 被扶養者の資格確認書(被保険者証)が回収不能であるときは、対象の被扶養者全員の氏名をご記入ください。