

| | | | | | |
|------|-----|----|----|----|----|
| 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。