

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 **健保 花子** 性別 男 女 生年月日 昭和 平成 ○○年○○月○○日生 令和

被保険者の現住所または最後の住所 〒○○○-○○○ **東京都港区新橋○○-○○-○○**

被保険者の資格を取得した日 昭和 平成 ○○年○○月○○日 令和 被保険者の資格を喪失した日 昭和 平成 ○○年○○月○○日 令和

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 **該当するアルファベットに丸印をつけてください。**

- 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
 〒 123-4567
 事業所所在地 **東京都千代田区丸の内○○-○○-○○**
 事業主氏名 **健保 太郎**
 電話番号 **03-1234-5678**

受 付 日 付 印

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。