

常務理事	事務長		係

健康保険 資格確認書 回収不能届

被 保 険 者 情 報	記 号		番 号		氏 名	フリガナ
	生年月日	1 昭和 2 平成 年 月 日			電話番号 (日中の連絡先)	()
	住 所	〒 - 都 道 府 県				

対 象 者	氏 名	続柄	高齢受給者証		氏 名	続柄	高齢受給者証	
			交付	返納			交付	返納
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

督 促 状 況	1回目	令和	年	月	日	回 収 不 能 理 由	
	2回目	令和	年	月	日		
	3回目	令和	年	月	日		

上記の通り、資格確認書を回収することができませんでしたのでここに届出ます。なお、資格確認書を回収したときは遅滞なく返納いたします。

令和 年 月 日

この届出書は被保険者の所在不明などにより資格確認書等の回収ができない、または再三の返納督促にもかかわらず資格確認書等が返納されない場合にご提出ください。

事 業 主 欄	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

受付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--