

【記入例】

健康保険 資格確認書 回収不能届

常務理事	事務長		係

被保険者情報	記号	000	番号	000000	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎
	生年月日	1 昭和 2 平成 00 年 00 月 00 日			電話番号 (日中の連絡先)	0000 (0000) 0000
	住所	〒 000 - 0000 〇〇 都道 府県 〇〇市〇〇町1-1				

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 checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	健保 太郎	本人	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	健保 花子	長女	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	健保 康子	母	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 00 年 00 月 00 日	回収不能理由	1回目と2回目は文書、3回目は電話で督促したが、連絡が取れず、音信不通のため
	2回目	令和 00 年 00 月 00 日		
	3回目	令和 00 年 00 月 00 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 00 年 00 月 00 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	〇〇県〇〇市〇〇町1
	事業所名称	〇〇〇〇株式会社
	事業主氏名	〇〇 〇〇
	電話番号	0000 (0000) 0000

受付印

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