

健康保険 資格確認書 回収不能届

記入例

被保険者情報	記号	番号	生年月日			
	被保険者情報	1 0	-	1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	2 年 0 1 月 3 1 日
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ				
	住所	(〒 123 - 4568)	愛知	都道府県	名古屋市〇〇区▲▼町123番地	
電話番号 (日中の連絡先)	090 (〇〇〇〇)	× × × ×				

回収不能等の対象者	氏名	生年月日	性別	高齢受給者証		返納できない理由
				交付	返納	
	健保 幸子	□昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2 年 0 2 月 2 1 日 □令和	□男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	□有 □無	□有 □無	□滅失 □き損 □その他 ()
		□昭和 □平成 年 月 日 □令和	□男 □女	□有 □無	□有 □無	□滅失 □き損 □その他 ()
		□昭和 □平成 年 月 日 □令和	□男 □女	□有 □無	□有 □無	□滅失 □き損 □その他 ()
		□昭和 □平成 年 月 日 □令和	□男 □女	□有 □無	□有 □無	□滅失 □き損 □その他 ()

上記の者について資格確認書（高齢受給者証）が回収不能であるため届出します。

令和 8年 1月 5日

なお、その後資格確認書を回収したときには、ただちに返納します。

事業主欄	事業所所在地 (〒 -)	・任意継続保険者（※）の方は 事業主欄の記入は不要です。 ※退職後引き続き任意継続健康保険に 加入されている方		
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話番号 ()			

社会保険労務士の提出代行者名記載欄					受付日付印
常務理事	事務長				