

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日	
	被保険者情報	<div><div>10</div><div>1234567</div></div>	<div><div><input type="checkbox"/>昭和 <input checked="" type="checkbox"/>平成</div><div><div>2</div>年<div>01</div>月<div>31</div>日</div></div>	
	氏名	(フリガナ)    ケンポ    タロウ  健保    太郎		
	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	<div><input type="checkbox"/>昭和 <input checked="" type="checkbox"/>平成    2    年    0    2    月    2    1    日 <input type="checkbox"/>令和</div>	<div><input type="checkbox"/>男 <input checked="" type="checkbox"/>女</div>	<div><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</div>	<div><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</div>	<div><input checked="" type="checkbox"/>滅失    <input type="checkbox"/>き損 <input type="checkbox"/>その他 (    )</div>
		<div><input type="checkbox"/>昭和 <input type="checkbox"/>平成    年    月    日 <input type="checkbox"/>令和</div>	<div><input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</div>	<div><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</div>	<div><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</div>	<div><input type="checkbox"/>滅失    <input type="checkbox"/>き損 <input type="checkbox"/>その他 (    )</div>
		<div><input type="checkbox"/>昭和 <input type="checkbox"/>平成    年    月    日 <input type="checkbox"/>令和</div>	<div><input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</div>	<div><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</div>	<div><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</div>	<div><input type="checkbox"/>滅失    <input type="checkbox"/>き損 <input type="checkbox"/>その他 (    )</div>

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				