

# 健康保険 資格確認書 回収不能届

被保険者情報	記号	番号	生年月日												
	被保険者情報	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 30px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 30px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<input type="checkbox"/> 昭和 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 30px; text-align: center;"> </table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 30px; text-align: center;"> </table> 月 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 30px; text-align: center;"> </table> 日 <input type="checkbox"/> 平成 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 30px; text-align: center;"> </table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 30px; text-align: center;"> </table> 月 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; border-collapse: collapse; width: 30px; height: 30px; text-align: center;"> </table> 日		
氏名	(フリガナ) .....														
住所	(〒 - )		都道府県												
電話番号 (日中の連絡先)	( )														

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	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年      月      日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 口き損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年      月      日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 口き損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年      月      日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 口き損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年      月      日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 口き損 <input type="checkbox"/> 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 年 月 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				