

健康保険

資格確認書

回収不能届

被 保 険 者 情 報	被保険者情報	記号 <div></div>	番号 <div></div>	生年月日 <div><input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成</div> <div><div></div>年<div></div>月<div></div>日</div>		
	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"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 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"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 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"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 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"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 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				

常務理事	事務長			

受付日付印