

健康保険資格確認書 回収不能届

常務理事	事務長	業務課長	係 長	担当者

(注意事項)

Ⅲ Ⅱ Ⅰ
この届書は被保険者の所在不明により、有効期限内の資格確認書の回収ができないため、又は再三の返納督促にもかかわらず、資格確認書を返納しない場合に提出が必要です。
⑤については、回収できなかった人すべてを書いてください。
⑩については、回収督促をした日付を記入し、督促方法を○で囲んでください。
※必ず最低4回は電話や文書等で有効期限内の資格確認書の返納督促してください。督促してから1カ月以上たっても回収することができない場合にのみ、この回収不能届をご提出ください。

① 記 号		番 号	
② 被保険者の氏名		③ 性別 男 ・ 女	④ 生 年 月 日 昭和 平成 令和
⑤ 資格確認書の回収ができなかった者の氏名・生年月日	氏 名	続柄	生 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日
			昭・平・令 年 月 日
⑥ 被保険者の現住所または最後の住所		〒 ー	
⑦ 被保険者の資格を取得した日		昭和 平成 令和 年 月 日	⑧ 被保険者の資格を喪失した日 令和 年 月 日
⑨ 回収不能となった理由（詳しく）			
⑩ 被保険者の電話番号			
⑪ 資格確認書の返納方を督促した状況	令和 年 月 日 〈督促方法〉 A. 電話 B. 文書 C. その他()		
	令和 年 月 日 A. 電話 B. 文書 C. その他()		
	令和 年 月 日 A. 電話 B. 文書 C. その他()		
	令和 年 月 日 A. 電話 B. 文書 C. その他()		
うえのとおり有効期限内の資格確認書を回収することができません。 なお、この資格確認書を回収したときに有効期限内だった場合は、ただちに返納します。			
令和 年 月 日			
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名			
電話 局() 番			
社 労 士 記 載 欄			

※ 受付日付印