

健康保険 資格確認書 回収不能届

被 保 険 者 情 報	記号（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日	年	月	日	
	被保険者番号			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和			
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒 —) 都 道 府 県					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL () 携帯電話番号 — —						

※電話番号（日中の連絡先）または携帯電話番号について必ず記入してください

回 収 不 能 等 の 対 象 者	氏名	生年月日	高齢受給者証		資格確認証を返納できない理由
			交付	返納	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
備考					

上記の者について、資格確認書（高齢受給者）が回収不能であるため届出します。

令和 年 月 日

なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

事 業 主 欄	事業所所在地	(〒 —)
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電 話	()

社会保険労務士記載欄

受付日付印

※この届は資格確認書を返納できない場合に提出します。

※有効期限が切れた資格確認書については、本人による破棄も可能です。