

記入例を参考に「被保険者情報」「回収不能等の対象者」「日付」の記入をお願いします

健康保険 資格確認書 回収不能届

被保険者情報

被保険者番号	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日	年	月	日
	1 8	0 0 0 0	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	5	0	1 0 2 5
氏名	(フリガナ) ケン ボ タロウ 健保 太郎					
住所	(〒 〇〇〇-〇〇〇〇) 東京 〇〇区△△町 〇-〇〇-〇					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 携帯電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇					

※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	
健保 良助	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 20 年 6 月 20 日	☐ 有 ☒ 無	☐ 有 ☒ 無	紛失の為
	☐ 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、資格確認証 (高齢受給者) が回収不能であるため届出します。

なお、資格確認証を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

事業主欄

事業所所在地 神奈川県〇〇市〇〇 △△番地
事業所名称 〇〇工業株式会社
事業主氏名 代表取締役 〇〇 〇〇
電 話 0463 (〇〇) 〇〇〇〇

社会保険労務士記載欄

受付日付印

※この届は資格確認証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証については、本人による破棄も可能です。