

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	〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5	0	1025
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎					
	住所	(〒 〇〇〇-〇〇〇〇) 東京 <input checked="" type="checkbox"/> 都 <input checked="" type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 □□区△△町 ○-〇〇-〇					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 ( 〇〇〇 ) □□□□ 携帯電話番号 090-〇〇〇〇-□□□□						

※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		資格確認を返納できない理由	
			交付	返納		
	健保 良助	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	20年 6月 20日	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	紛失の為
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。

なお、資格確認書を回収したときは、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□□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 □□ □□
	電 話	0463 (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。