

同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	課長	課長補佐	係長	係
無効通知 発送伺	回収不能 事由の 種別	・所在不明 ・不応返納					
	確認書返 納及び無 効通知日	令和 年 月 日	返却日	令和 年 月 日	備考		

健康保険 資格確認書 回収不能届

① 被保険者等 記号・番号	記号	番号	② 被保険者の氏名				
				③生年月日	昭・平・令	・	・
④ 被保険者 の現住所	〒 電話 — —						
⑤ 被保険者の 資格取得日			⑥ 被保険者の 資格喪失日				
⑦ 退職の事由						⑧ 被扶養者 の有無	有・無
⑨ 回収不能者 氏名・続柄	氏名		続柄	氏名		続柄	
⑩ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払い金の有無							有・無
⑪ 被保険者 および 被扶養者 傷病状	A 被保険者に傷病がないと認められる						
	B 被保険者に傷病があると認められる						
	C 被扶養者に傷病がないと認められる						
	D 被扶養者に傷病があると認められる						
⑫ 回収督促状況	督促日		督促状況				
	令和 年 月 日						
	令和 年 月 日						
	令和 年 月 日						

うえのとおり 資格確認書 を回収することが出来ませんでした

〒

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

令和 年 月 日

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

1 この届け出は、被保険者の所在不明により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ため、被
 2 被保険者の所在が不明である時は、返納されたハガキまたは封筒を、再三の返納督促にもかかわらず返納しないものであるときは返納方督促状の
 写などをこの届出に添付してください。