

※ 経 過	返納依頼送付日	年 月 日	常務理事	事務長	課 長	係 長	担 当
	資格確認書の返納があった時はその年月日	年 月 日					

① 被保険者 記号番号	記号 番号	健康保険資格確認書 回収不能届					
② 被保険者 氏名				③ 被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日	
④ 被保険者 連絡先	住所 〒 — 電話番号 — —						
⑤ 資格確認書回収不能者の氏名・生年月日			⑥ 続柄	⑦ 該当者の現住所			
昭和・平成・令和 年 月 日							
昭和・平成・令和 年 月 日							
昭和・平成・令和 年 月 日							
⑧ 回収不能な 理 由							
⑨  資格確認書  返納を督促  した状況	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						
	年 月 日						

事 業 主 欄	上記のとおり、資格確認書が回収不能なため提出します。 なお、資格確認書を回収したときは直ちに返納いたします。  年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号
------------------	--

受付日付印

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--

1. この届書は、以下の理由により「被保険者資格喪失届」に「資格確認書」を添付することができない場合に提出するものです。
- ・被保険者が所在不明により「資格確認書」の回収ができない場合
  - ・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
2. ③⑤の生年月日記入欄は、該当する元号を○でかこんでください。
3. ※欄は記入しないでください。