

| | | | | | | | |
|-------------|-------------------------|-------|------|-----|----|----|----|
| ※ 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 | 昭和・平成・令和　年　月　日 | ⑥ 続柄 | ⑦ 該当者の現住所 | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| ⑧ 回収不能な 理　由 | | | | | | |
| ⑨ 資格確認書 返納を督励 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 | | |

| | |
|----------------|--|
| 社会保険労務士 記載欄 | |
|----------------|--|

受付日付印

- 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
 - 再三の返納督励にもかかわらず「資格確認書」を返納しない場合
- 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。
- ※欄は記入しないでください。