

決 裁	常務理事	事務局長	部 長	課 長	係 長	扱 者
日 付 印						

健康保険資格確認書 回 収 不 能 届

年 月 日 提出

健康保険の記号				
---------	--	--	--	--

事業所所在地	下記のとおり健康保険資格確認書を回収することができません。 〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

受 付 印

社会保険労務士記載欄
印

被保険者の記号	被保険者の番号	被 保 険 者 の 氏 名		性 別	資 格 取 得 年 月 日		資 格 喪 失 年 月 日	
(右 詰 め)	(右 詰 め)	(氏)	(名)	☐ 男 ☐ 女	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	令和 年 月 日	
回 収 不 能 の 対 象 者	氏 名	生 年 月 日		性 別	続 柄	備 考		
	被保険者	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日	☐ 男 ☐ 女	本 人			
	被扶養者	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女				
	被扶養者	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女				
被扶養者	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女					

返 納 で き な い 理 由			
	督促した年月日	督促の方法や内容、結果（具体的にご記入ください）	督促をした担当者名
1 回目	令和 年 月 日		
2 回目	令和 年 月 日		
3 回目	令和 年 月 日		

※ 被保険者の所在不明のため回収ができない、または再三の返納督促にもかかわらず資格確認書が返納されない場合に、こちらを届出ください。