

健康保険

資格確認書回収不能届

被保険者情報	被保険者の (左づめ)	記号 	番号 	生年月日 年 月 日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	氏名	(フリガナ)		
	住所	(〒) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	携帯電話	- -

※「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		資格確認書を返納できない理由
			交付	返納	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
備考					

上記の者について、資格確認書(高齢受給者証)が回収不能であるため届出します。

令和 年 月 日

なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

事業主欄	事業所所在地	(〒)
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電 話	()

社会保険労務士記載欄	氏名等
------------	-----

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。