

# 健康保険資格確認書回収不能届

常務理事	部長	課長	係長	係

督促日 (健保使用)	令和 年 月 日
---------------	----------

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者の (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 — )				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )	携帯電話	-	-	

回収不能等の対象者	氏名	続柄	生年月日	性別	返納できない理由
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
備考					

上記の者について、資格確認書が回収不能であるため届出します。  
 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	
	電話番号	( )

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付年月日

※この届は資格確認書を返納できない場合に提出します。  
 ※回収不能対象者には、後日被保険者宛てに「健康保険資格確認書の返納について【督促】」を送付します。