

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 (左つめ)	記号 □□□□□□□□	番号 □□□□□□□□	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。
なお、資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

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。