

健康保険 資格確認書 回収不能届

常務理事	事務長	担当

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日						
	被保険者証等 (左づめ)	○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	☒ 昭和	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○						
	氏名	(フリガナ) トウキョウ テツオ										
	住所	(〒 ○ ○ ○ ○ — ○ ○ ○ ○) ○○ 都 道 府 県 ○○市○○○1-2-3										
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	0000	(	00	)	0000	携帯電話	070	-	0000	-	0000

回収不能等の対象者	氏名	生年月日	性別	高齢受給者証		資格確認書を返納できない理由	
	東京 鉄男	☐昭和 ☒平成 ☐令和	○○年 ○○月 ○○日	☒男 ☐女	交付 ☐有 ☒無	返納 ☐有 ☒無	退職時に紛失していた為
		☐昭和 ☐平成 ☐令和	年 月 日	☐男 ☐女	☐有 ☐無	☐有 ☐無	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和	年 月 日	☐男 ☐女	☐有 ☐無	☐有 ☐無	
		☐昭和 ☐平成 ☐令和	年 月 日	☐男 ☐女	☐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