常務理事	事務長	次 長	課 長	係 員	担 当

健康保険資格確認書回収不能届

被保険者の情報			
被保険者の記号	被保険者の番号	氏　　名	生年月日
		(フリガナ)	□ 昭和　□ 平成
住所	〒　　—		
電話番号 (日中の連絡先)	(　　)　　—		

回収不能等の対象となる者(被保険者も含む)								
氏　　名	生 年 月 日	性 別	続柄	高齢受給者証 交付	高齢受給者証 返納	資格確認書を返納できない理由
	□昭和 □平成 □令和	年　月　日	男 1. 女 2.		有・無	有・無	
	□昭和 □平成 □令和	年　月　日	男 1. 女 2.		有・無	有・無	
	□昭和 □平成 □令和	年　月　日	男 1. 女 2.		有・無	有・無	
	□昭和 □平成 □令和	年　月　日	男 1. 女 2.		有・無	有・無	
	□昭和 □平成 □令和	年　月　日	男 1. 女 2.		有・無	有・無	
	□昭和 □平成 □令和	年　月　日	男 1. 女 2.		有・無	有・無	

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。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地 〒

事 業 所 名 称

事 業 主 氏 名

電　　話　　(　　局)　　番

受 付 日 付 印

社会保険労務士の届出代行者

◎この届出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。