

常務理事	事務長	事務次長	担当者

## 健康保険 資格確認書 回収不能届

被保険者の記号		番号	
被保険者氏名		被保険者の生年月日	S・H 年 月 日
被保険者の住所	〒		
被保険者の勤務する(していた)事業所の	名称		
	所在地		
被保険者の資格を取得した日	平成・令和 年 月 日	被保険者の資格を喪失した日	令和 年 月 日
回収不能事由の種別	イ、 所在不明	ロ、 不応返納	
被保険者および被扶養者の傷病状況	A:被保険者に傷病がないと認められる		
	B:被保険者に傷病があると認められる		
	C:被扶養者に傷病者がいないと認められる		
	D:被扶養者に傷病者がいると認められる		
資格確認書の返納方を督促した状況	令和 年 月 日 状況:		
	令和 年 月 日 状況:		
	令和 年 月 日 状況:		
	令和 年 月 日 状況:		
事業主証明欄	上記の通り資格確認書を回収することが出来ない旨、届出ます。		受付
	事業所所在地	〒 提出年月日 令和 年 月 日	
	事業所名称		
	事業主名		
	電話番号		
社会保険労務士の提出代行者			