

被保険者の退職等による資格確認書
回収が出来ない場合、事業主が健保
組合に提出する書類です。

常務理事	事務局長	事務次長	担当
記入例			

健康保険 資格確認書 回収不能届

被保険者の 記号	4321	番号	90876
被保険者氏名	健保 太郎	被保険者の 生年月日	S H 47 年 9 月 8 日
被保険者の住所	〒〇〇〇-0015 〇〇県〇〇〇市〇〇〇1-1-1		
被保険者の勤務 する(していた) 事業所の	名 称	事業所の名称	
	所在地	事業所の所在地	
被保険者の資格 を取得した日	S 平成 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	被保険者の資 格を喪失した 日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
回収不能 事由の種別	イ、 所在不明	S □、 不応返納	
被保険者 および 被扶養者の 傷病状況	S 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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 状況:自宅へ電話にて催促、1週間以内に返納するとの約束あり。		
	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 状況:自宅へ電話するが不通。留守電に伝言を残した。		
	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 状況:携帯へ電話するが不通。メッセージを送信した。		
	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 状況:電話するが、自宅・携帯ともにすでに利用されていない模様。		
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			