

常務理事	事務長	係	係

健康保険 資格確認書回収不能届

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号	番号	生年月日
				☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	氏名	(フリガナ)		
	住所	〒		

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	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
	資格確認書の返納を督促した日及び状況	年 月 日			
		年 月 日			
年 月 日					

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。

年 月 日

なお、資格確認書(高齢受給者証)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	()

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

※この届は資格確認書(高齢受給者証)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。

受付日付印