

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

**健康保険被保険者証 資格確認書 回収不能・滅失届**

記号	<b>20</b>	番号	<b>213</b>	被保険者の氏名 性別・生年月日	<b>健保 太郎</b> (男・女) 昭・平成 1 年 11 月 1 日	
被保険者の住所	〒 <b>650-0000</b> <b>兵庫県神戸市○○区△△1-2-101</b>				電話番号 ( <b>03</b> ) <b>○○○○ △△△</b>	
資格取得日	昭和・平成・令和 <b>5</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日			資格喪失日	令和 <b>7</b> 年 <b>9</b> 月 <b>1</b> 日	
回収不能・滅失の対象者	氏名			続柄	回収不能区分 (いずれかに○)	返納できない理由
	被保険者	(氏) <b>健保</b>	(名) <b>太郎</b>	本人	<b>被保険者証</b> 資格確認書	無断欠勤が続いて、そのまま退職したため
	被扶養者	(氏)	(名)		被保険者証 資格確認書	
	被扶養者	(氏)	(名)		被保険者証 資格確認書	
	被扶養者	(氏)	(名)		被保険者証 資格確認書	
	被扶養者	(氏)	(名)		被保険者証 資格確認書	
	被扶養者	(氏)	(名)		被保険者証 資格確認書	
被保険者証の返納方を督促した状況	令和 <b>7</b> 年 <b>9</b> 月 <b>1</b> 日 電話で連絡したが応答せず					
	令和 <b>7</b> 年 <b>9</b> 月 <b>5</b> 日 電話で連絡したが応答せず					
	令和 年 月 日					

※任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。

事業主欄	上記のとおり、被保険者証・資格確認書が回収不能であるため届出いたします。 なお、被保険者証・資格確認書が回収できたときは、ただちに返納いたします。				
	令和 年 月 日				
	事業所所在地	〒 - <b>東京都○○区△△1-1-1</b>			
	事業所名称	<b>○○株式会社</b>			
	事業主氏名	<b>東京 三郎</b>			
電話番号	( <b>03</b> ) <b>○○○○ - △△△△</b>				

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	