

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

健康保険 資格確認書 回収不能・滅失届

記号	番号	被保険者の氏名 性別・生年月日 (男・女) 昭・平 年 月 日	
被保険者の住所		電話番号 () -	
資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日
回収不能・滅失の対象者	氏名		続柄
	被保険者	(氏) (名)	本人
	被扶養者	(氏) (名)	
	被扶養者	(氏) (名)	
	被扶養者	(氏) (名)	
	被扶養者	(氏) (名)	
資格確認書の返納方を督促した状況		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
		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、資格確認書が回収不能であるため届出いたします。 なお、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 〒 -
	事業所名称
	事業主氏名
電話番号 () -	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄