

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	20	番号	213	被保険者の氏名 性別・生年月日	健保 太郎 (男)・女) 昭・平成 1年11月1日
被保険者の住所	〒 650-0000 兵庫県神戸市○○区△△1-2-101				電話番号 (03) 〇〇〇〇 △△△
資格取得日	昭和・平成・令和 5年4月1日		資格喪失日	令和 8年9月1日	
回収不能・滅失の対象者	氏名		続柄	返納できない理由	
	被保険者	(氏) 健保 (名) 太郎	本人	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 8年 9月 1日 電話で連絡したが応答せず				
	令和 8年 9月 5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、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	東京都○○区△△1-1-1 〇〇株式会社		
	事業主氏名	東京 三郎		
電話番号	(03) 〇〇〇〇 - △△△△			

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄