

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

## 健康保険 資格確認書 滅失・回収不能届

被 保 險 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号 番号 —	氏名			
	生年月日	昭和 平成 令和 年月日	資格取得日	昭和 平成 令和 年月日	資格喪失日	令和 年月日
	現 ま た は 退職後の住所	〒 —			備考	
	電話番号	— —	携帯電話	— —		

未返納の対象となる者	氏名	区分	「滅失」の場合 ※被保険者または滅失当事者が記入してください。
		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 回収不能	【滅失した状況を具体的にご記入ください】
		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 回収不能	
		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 回収不能	
		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 回収不能	上記のとおり滅失しましたが、資格確認書を発見した時は直ちに返納します。 署名 _____
	備考		

「回収不能」の場合 督促担当者が記入してください。				
経過	令和 年 月 日	電話・メール・文書・口頭／応答(有・無)	特記事項	
	令和 年 月 日	電話・メール・文書・口頭／応答(有・無)		
	令和 年 月 日	電話・メール・文書・口頭／応答(有・無)		
	令和 年 月 日	電話・メール・文書・口頭／応答(有・無)		

事業主欄	事業所所在地	上記のとおり、資格確認書を回収することができないため、届出いたします。 なお、資格確認書を回収した場合は、速やかに返納いたします。		
	事業所名称	〒 —		
	事業主氏名			
	電話	( )		

社会保険労務士 記載欄(氏名等)
---------------------

受付日付印
-------

※この届書は資格確認書等を返納できない場合に提出します。