

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

被保険者情報	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 住 所 ま た 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	区別	「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】 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 _____
		<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	
		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 回 収 不 能	
	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 事業所名称 事業主氏名 電 話	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。 〒 — ()
------	---------------------------------	--

社会保険労務士 記載欄(氏名等)

※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。

受付日付印