

## 健康保険 資格確認書 回収不能届

※喪失時に有効期限内の資格確認書を返却できない場合はこの届出を一緒に提出してください。  
 ※有効期限の切れている資格確認書は回収不要です。

被保険者等 記号・番号	記号		番号					
被保険者氏名								
被保険者の現住所 (又は最後の住所)	〒      ー							
被保険者の電話番号								
資格喪失日	令和      年      月      日							
退職の理由	労働者の判断 / 事業所の判断 / 定年 / その他 (      )							
回収不能の理由								
回収不能に 該当する者の氏名	氏名		続柄		高齢 受給者証	有	・	無
	氏名		続柄		高齢 受給者証	有	・	無
	氏名		続柄		高齢 受給者証	有	・	無
	氏名		続柄		高齢 受給者証	有	・	無

資格確認書の返納を催促した状況 (具体的に記入のこと)

令和    年    月    日	手段：文書(普通郵便/書留郵便) / 電子メール / 電話 / その他(      )
結果：	担当：
令和    年    月    日	手段：文書(普通郵便/書留郵便) / 電子メール / 電話 / その他(      )
結果：	担当：

届出日      令和      年      月      日

---

事業所所在地	「受付印」
事業所名称	
事業主氏名	

事業所確認					
	常務理事	事務長	担当者		