

# 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  
 ※有効期限の切れている資格確認書は回収不能

記号・番号は「資格情報のお知らせ」やマイナ  
 ポータルでご確認ください。番号の枝番は記入不  
 要です。マイナンバーの記入はNGです。

被保険者等 記号・番号	記号	××××	番号	×××		
被保険者氏名	日発 太郎					
被保険者の現住所 (又は最後の住所)	〒 123-0000 〇〇県 〇〇市 △△町 1丁目 2番地 3号					
被保険者の電話番号	000 ( 888 ) 8888					
資格喪失日	令和	7年	4月	1日		
退職の理由	労働者の判断 / 事業所の判断 / 定年					
回収不能の理由	探したが見つからない。紛失してしまった。					
回収不能に 該当する者の氏名	氏名	日発 太郎	続柄	本人	高齢 受給者証	有・ <input checked="" type="radio"/> 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

被保険者の紛失により資格確  
 認書が返却できない場合はそ  
 の旨を記入してください。

資格確認書の返納を催促した状況 (具体的に記

被保険者より返却がない場合 (紛失以外) は、  
 こちらの欄も記入をしてください。  
 ※事業所ご担当者がご記入ください。

令和 年 月 日	手段：文書(普通郵便)	
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 7年 4月 15日

届出日をご記入ください

事業所所在地	〇〇県 〇〇市 △△3-2-1
事業所名称	□□□株式会社
事業主氏名	代表取締役社長 ○○○

〔受付印〕

事業所確認		常務理事	事務長	担当者
<input checked="" type="radio"/> 担当印	<input checked="" type="radio"/> 担当印			