

# 健康保険 資格確認書・被保険者証 回収不能届

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号 □□□	番号 □□□□□□	生年月日 昭和 平成 令和	年 月 日 □□□□□□
	氏名	(フリガナ)			
	住所	(〒 — )			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	携帯電話	-	-

回収不能等の対象者	氏名	生年月日	選択	資格確認書・被保険者証を返納できない理由	
		昭和 平成 令和	年 月 日	資格確認書 被保険者証	
		昭和 平成 令和	年 月 日	資格確認書 被保険者証	
		昭和 平成 令和	年 月 日	資格確認書 被保険者証	
		昭和 平成 令和	年 月 日	資格確認書 被保険者証	
	備考				

上記の者について、資格確認書・被保険者証(高齢受給者証)が回収不能であるため届出します。 令和 年 月 日  
なお、後日回収したときは、ただちに返納します。

事業主欄	事業所所在地	(〒 — )
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話	( )

社会保険労務士記載欄
------------

受付日付印

※この届は資格確認書・被保険者証返却時において、返却できない場合に提出します。  
再交付を希望の場合は、再交付の用紙を提出ください。