

常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険
資格確認書等回収不能届

①健康保険 の記号番号	—			
②被保険者 氏名		③生年 月日	年　月　日	④被扶養者 有無
⑤被保険者の 現住所または 最後の住所	〒			
⑥解退職の事由			⑦被保険者の資格 を喪失した日	令和　年　月　日
⑧資格確認書等 を添付できない 方の氏名	(ア) 氏名(続柄)	(イ) 氏名(続柄)	(ウ) 氏名(続柄)	(エ) 氏名(続柄)
該当するもの に☑をつけて ください	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
⑨ 被保険者の近況				
⑩ 資格確認書等 の返納を督促 した状況	令和　年　月　日 令和　年　月　日 令和　年　月　日 令和　年　月　日			
うえのとおり資格確認書等を回収することができません。 令和　年　月　日				
受付日付印				
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号(　　) - (　　) - (　　)				

(注意事項)

更新年月日 R7.12.2

この届書は、被保険者の所在不明により資格確認書等の回収ができないとき又は再三の返納
督励にも関わらず資格確認書等を返納しないため、「被保険者資格喪失届」に資格確認書等
を添付して返納することができない場合に提出するものです。