健康保険 被保険者証 回収不能届
資格確認書

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

※「電話番号(日中の連絡先)」または「携帯電話番号」について必ず記入してください。

回収不能等の対象者	氏名	返納できない理由	督促の経過 ※詳細にご記入ください。(連絡手段・対応等)			
			1回目	督促日	月	日
				督促内容		
			2回目	督促日	月	日
			督促内容			
		3回目	督促日	月	日	
			督促内容			

上記の者について、被保険者証または資格確認書が回収不能であるため届出します。
なお、被保険者証または資格確認書を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

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	氏名等
------------	-----

※この届は被保険者証または資格確認書を返納できない場合に提出します。

受付印

【健保記入欄】

常務理事	事務長	担当者	担当者