

業務課長	係 長	担当者

健康保険資格確認書 回収不能届

この届書は、資格喪失した者が所在不明である場合や再三の督促にもかかわらず、資格確認書が回収ができないときに届出するものです。

被保険者等記号・番号	—
被 保 険 者 氏 名	
被 保 険 者 住 所	
資格喪失年月日	令和 年 月 日

資格確認書を回収できない者			近 況
氏 名	生 年 月 日	続柄	
	昭 平 令 年 月 日		
	昭 平 令 年 月 日		
	昭 平 令 年 月 日		
	昭 平 令 年 月 日		
被保険者への督促状況	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		

令和 年 月 日提出

上記の者の資格確認書を回収することができないため届出します。

事業所所在地 〒 —

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ()

受付日付印

社会保険労務士 記 載 欄	
----------------------------	--